

**Die Spätprognose von
Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni
mit besonderer Berücksichtigung
des Standpunktes des Erkrankten**

Rosemarie Peter
geb. Zwirnmann

1965

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Priv.-Doz. Dr. M. KNEDEL
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. H. SCHWIEGK
Dekan:	Prof. Dr. O. HUG

Tag der mündlichen Prüfung: 13. 4. 1965



I n h a l t :

- I. EINLEITUNG
- II. DIE FAKTOREN ZUR SPÄTPROGNOSE (Literaturübersicht)
 - a) Patient (endogene, exogene Faktoren)
 - b) Wissenschaftliche Forschung
 - c) Der behandelnde Arzt
 - d) Therapieform
- III. METHODIK UND MATERIAL
 - a) Patientenkreis
 - b) Fragebogen
 - c) Methode der Auswertung
- IV. ERGEBNISSE UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE
- V. ZUSAMMENFASSUNG

Literaturverzeichnis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. EINLEITUNG

Die Spätprognose gründet sich - obwohl sie über den Verlauf der Erkrankung in der Zukunft eine Aussage machen will - auf die Erfahrungen und Erkenntnisse in der Vergangenheit. Es wird dabei vorausgesetzt, daß eine Kontinuität in der Erscheinungsform des Krankheitsbildes zu erkennen ist, daß also keine Änderung des Krankheitsverlaufes in der historischen Entwicklung eintrat, wie es etwa von verschiedenen Infektionskrankheiten als Folge therapeutischen Eingreifens bekannt ist. Trotz intensiver wissenschaftlicher, diagnostischer und therapeutischer Bemühungen, besonders in den letzten 40 Jahren, konnte jedoch keine wesentliche Änderung in dem typischen Charakter des Krankheitsablaufes von *Ulcus ventriculi* und *Ulcus duodeni* bewirkt werden. Lediglich die schweren anatomischen Folgezustände, wie die *Pylorusstenose*, sind auf Grund der diagnostischen Fortschritte (Röntgendiagnostik) und entsprechend konsequenterer Behandlung seltener geworden (Kalk 88).

So ist es methodisch gerechtfertigt, daß aus Nachuntersuchungen von Ulkuskranken und aus früheren statistischen Erhebungen zu verschiedenen Behandlungsergebnissen versucht wird, die Spätprognose - den mutmaßlichen späteren Verlauf - der Ulkuskrankheit im allgemeinen darzustellen.

Im einzelnen Fall wird man stets um eine sorgfältige Analyse aller Teilfaktoren sowie ihrer Wertigkeit bei dem Kranken bemüht sein müssen, da die individuelle Variationsbreite des Krankheitsbildes beim Ulkus des Magens und Zwölffingerdarms besonders groß ist (Gutzeit 55). Genese und Ätiologie sind hier vielgestaltig, die Reaktionsform des Organs dagegen ist monoton (Henning 63, Kalk 88, Weithaler et.al. 167).

II. DIE FAKTOREN ZUR SPÄTPROGNOSE (Literaturübersicht)

Bei aller Verschiedenartigkeit in der Auffassung über Pathogenese und Ätiologie sowie Therapie von *Ulcus ventriculi* und *Ulcus duodeni* in den Veröffentlichungen der letzten 20 Jahre - sie werden auf etwa 2.000 pro Jahr geschätzt - zeichnen sich gewisse Grundzüge der Krankheit ab, die allgemein anerkannt werden, so der chronische Verlauf der Krankheit, der in periodisch auftretenden Schüben sich manifestiert (Henning et al. 60, 61, 62); verschiedene Sonderformen des Ulkus, was jedoch nicht von allen Autoren berücksichtigt wird (Kalk 88, Henning 63); ferner eine Unterscheidung der beiden Ulkusformen als verschiedenen Krankheitsbildern, die von einer Anzahl Autoren betont wird (Nidecker 125, Kalk 88, Henning 63, Hetényi 67). Die Auffassung von einer Ulkus-Krankheit, die chronisch verläuft, im Unterschied zu Ulkusformen, die nur einmal auftreten, wird nicht allgemein beachtet (Kalk 88, Katsch et al. 91, Hetényi 67).

Im folgenden sollen die Faktoren dargestellt werden, die das Bild der Spätprognose in ihrer komplexen Gestalt bestimmen. Es entsteht geradezu ein Gewebe von gegenseitigen Abhängigkeiten der 4 Hauptfaktoren:

Patient

wissenschaftliche Forschung

Arzt

Therapieform.

a) Beim P a t i e n t e n ergibt sich im Hinblick auf die Spätprognose eine Gruppierung in vorwiegend endogene oder exogene Faktoren (Kalk 89). Hier darf noch einmal betont werden, daß offensichtlich der Akzent für die Disposition zum Ulkus auf ganz verschiedenen Faktoren liegen kann, wie ein Blick in die Literatur zeigt.

Unter den endogenen Faktoren spielen die Konstitution (Kalk 89) als Disharmonie des Vegetativums (Henning 60, 62, Hetényi 67, Weiss et al. 166)-Vagotonie mit Auswirkung auf das Gefäßnerven-

und endokrine System (Meyeringh 118)-und gelegentliche oder starke erbliche Belastung (Dubarry et al. 41, 42, Evans 43, Henning 61, Pisot et al. 131, Ramb et al. 139) eine Rolle. Von dieser Seite wird wesentlich der Ulkus-Typ abhängen, der schließlich entscheidend die Spätprognose bestimmt.

Eine Ablehnung des konstitutionellen Faktors wird gegründet auf postoperative Erfahrungen, aus denen die "Schübe" als peritoneale Reizung der Ulkusnarbe gedeutet werden (Kaufmann 92).

Das Geschlecht bestimmt insofern die Prognose, als Frauen seltener von der Krankheit befallen werden als Männer, sie im allgemeinen weniger zu Komplikationen des Ulkus (Blutung, Perforation, Stenose) neigen und häufiger an Ulcus ventriculi als an Ulcus duodeni erkranken. Bei den chirurgisch Behandelten zeigen die Frauen ungünstigere Ergebnisse als die männlichen Patienten (Brookes et al. 22, Széll 146, Lyngar 109).

Die seelische Gesamtstruktur des Ulkuskranken und ihre Einwirkung auf den Verlauf der Krankheit, das Auftreten von Rezidiven im Zusammenhang mit seelischen Belastungen sind allgemein bekannte Tatsachen (Jores 85, Bingham 10, Bräutigam 17, Chaikin 28, Gutzeit 55, Henning 63, Monés 122, Nidecker 125, Norpoth 127, Wolf et al. 171).

Das Lebensalter, in dem erstmals das Ulkus auftritt, führt zu verschiedenen prognostischen Konsequenzen. So sollen das 2. und das 3. Dezennium, um das 20. Lebensjahr herum, durch einen besonders schweren Verlauf der Erkrankung, vielfach mit einer hereditären Belastung, gekennzeichnet sein (Henning 63). Auch die Altersgruppen jenseits des 50. Lebensjahres sind durch häufiger auftretende Komplikationen, besonders Blutungen (Rafsky et al. 138) und schwereren Krankheitsverlauf charakterisiert (Friedmann 51, Braun et al. 19, Junghanns 86, Schubert et al. 150, Tascher et al. 154). Von anderer Seite wird von guter Heilungstendenz des Ulkus bei diesen Altersklassen gesprochen (Kalk 88).

Der Ulkus-Typ als der eigentliche Krankheitsfaktor im engeren Sinne bestimmt in mehrfacher Hinsicht den späteren Verlauf des Lebens eines Patienten. So sollen Magenulzera in dem Maße, als

sie vom Pylorus entfernt sind (entlang der kleinen Kurvatur), eine bessere Heilungstendenz zeigen (Malmros et al. 114, Henning 63, Kalk 88, Martin et al. 116, Nissen 126), gegenüber den pylorusnahen, den Pylorus- und den Duodenalulzera, die rezidivfreudiger (Veleminsky et al. 159) und therapieresistenter sind (Henning 61, Hotz et al. 78). Dem Ulcus duodeni eignet eine Vergesellschaftung mit Gallenstörungen (Boller 13) und Cholezystopathie (Hoerstke 71), während beim Ulcus ventriculi diese Neigung weit seltener beobachtet wird.

Auch die Komplikationen des Ulkus zeigen eine gewisse Abhängigkeit vom Ulkus-Typ. Das Vorderwandulkus des Duodenum provoziert häufiger Perforationen, das Hinterwandulkus dagegen eine Neigung zu Blutungen und Penetration ins Pankreas (Henning 61). Blutungsrezidive sind häufiger bei Ulcus duodeni als bei Ulcus ventriculi (Wenckert et al. 169). Kombinierte Ulcera ventriculi et duodeni haben eine erhöhte Blutungsgefahr (Mangold 115). Die Gefahr der Narbenschumpfung, die zur Stenose führen kann, ist bei den pylorusnahen und den Doppelulzera des Duodenum gegeben (Bsteh 24, Henning 61).

Die maligne Degeneration des Ulkus wird nur bei dem des Magens gefürchtet, da sie beim Ulkus des Zwölffingerdarms so gut wie nie beobachtet wurde (Henning 63, Hotz et al. 78, Kalk 89, Larson et al. 98, 99, Norpoth 127, Zollinger et al. 174).

Als Sonderformen, die vermutlich nicht zur eigentlichen, hier zur Diskussion stehenden Erkrankung des Ulkus gehören, da sie nur einmalig auftreten und also kein späteres "Krankheitsschicksal" zur Folge haben, seien erwähnt die sog. "Stress-Ulzera" (Bräutigam 17), Ulkus nach Verbrennungen, Erfrierungen, Hirnverletzungen, das Kriegsulkus mit ausgeprägter Blutungsneigung (Schüler et al. 151) und das hepatogene Ulkus im Zusammenhang mit einer Hepatopathie (Kalk 88).

Unter den exogenen Faktoren, die einen wichtigen Einfluß auf die Spätprognose ausüben können, sind zu nennen, die Lebensführung mit ihren verschiedenartigen Belastungen durch Beruf, Essensgewohnheiten, Genußgifte (Nikotin, Kaffee), Notzeiten oder Kriegseinwirkungen.

b) Die wissenschaftliche Forschung spielt insofern eine wesentliche Rolle für die Spätprognose, als die Therapie in vielen Punkten von ihr abhängt. Das ärztliche Handeln wird geleitet durch Vorstellungen über die Krankheitsursache, theoretische Überlegungen über therapeutische Wirkungsmechanismen sowie praktische Erfahrungen, die durch Publikationen bekannt wurden, die in der Gesamtheit die wissenschaftliche Forschung ausmachen.

Die Ursache - die Pathogenese der Ulkuskrankheit - ist bis heute nicht erkannt. Viele Autoren neigen zu der Auffassung, daß es viele Ursachen gebe - daß die Ätiologie komplexer Natur ist und eine größere Anzahl von auslösenden Faktoren in Frage kommen (Broicher 21).

Im wesentlichen existieren 3 Theorien über die Entstehung des Ulkus:

die Säuretheorie (Henning 62, Broicher 21, Hiescher 68)

die Entzündungstheorie

die Gefäß- und die neuro-vegetative Theorie (Hoffmann 73)

Die Entzündungstheorie konnte sich nicht behaupten - sie wird von den meisten Autoren abgelehnt. Die chirurgische Behandlung basiert auf der Säuretheorie und trachtet danach, den ursächlichen Faktor "Säure" zu eliminieren durch die Gastrektomie, wohingegen die internistische Behandlung mehr das Gewicht auf die neuro-vegetative bzw. Gefäßtheorie legt und ihre Maßnahmen auf eine Beeinflussung der Störungsfaktoren aus diesen Bereichen aufbaut.

Die Diagnostik als Voraussetzung der Therapie hat durch den Ausbau des Röntgen-Verfahrens für den Magen-Darmtrakt seit den 20er Jahren eine Sicherheit erfahren, die mit 90 - 95 % angegeben wird (Henning 63, Kalk 88). Die Röntgen-Diagnostik des Ulkus wird unterstützt durch die Gastroskopie - die allerdings nicht in dem Maße zur Routinemethode geeignet zu sein scheint wie die erstere. Sie wird als Ergänzung zur Röntgenologie geschätzt.

Eine weitere diagnostische Methode ist die Schleimhaut- oder Saugbiopsie, die aus den intra vitam gewonnenen Schleimhautparti-

kelchen Rückschlüsse auf den Zustand des erkrankten Magens erlaubt und sogar in vielen Ländern als Routinemethode Eingang gefunden hat (Held 59).

Für die Therapie hat die wissenschaftliche Forschung bedeutende Fortschritte gebracht; so für die Chirurgie, die bei etwa 13 % aller Ulkuskranken das spätere Krankheitsschicksal entscheidet, eine Erweiterung der Indikation zur Operation für höhere Altersklassen (Henning et al. 64), die Schockbekämpfung bei der massiven Blutung, die Verhütung der Peritonitis bei Perforation des Ulkus. In der internen Therapie haben sich weniger sensationelle Änderungen ergeben, wenn man von den medikamentösen Neuerungen absieht. Lediglich die Diät, als eine der drei Säulen der internen Therapie (Henning 62), ist den neueren Erkenntnissen über die Vitamine und Spurenelemente angepaßt und im Sinne der Anregungen von Meulengracht als eine vollwertige Kostform erweitert worden (Gutzeit 55, Weiss et al. 166). Dies dürfte sich wesentlich auf den Gesamtstatus, den Kräftezustand der Ulkuskranken und damit auf die Spätprognose auswirken.

c) Der behandelnde Arzt ist für den späteren schicksalhaften Verlauf der Ulkuskrankheit von nicht zu unterschätzender Bedeutung (Milanés 119). Die diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten, Überzeugungen und Erfahrungen entwickeln sich im Zusammenhang mit der Wissenschaft und zugleich im Umgang mit dem Kranken. Besonders in der chirurgischen Behandlung des Ulkus ist die Qualifizierung des Arztes als Operateur von prognostischer Bedeutung. Auch wird es wesentlich von der Initiative des Arztes bei der Erstbehandlung eines Ulkus abhängen, ob ein Ulkus "restlos" ausheilt (Kalk 88, Katsch et al. 91) oder ob es zu dem chronischen, in Schüben verlaufenden Ulkusleiden kommt, bzw. ob Rezidive verhütet werden (Althausen 2, Weithaler et al. 167). Der Führung des Patienten durch den behandelnden Arzt, insbesondere bei der internen Therapie, wird ein großer Einfluß für das Dauerresultat zugeschrieben (Althausen 2, Gutzeit 55, Boller 16, Henning 61). Auf Grund günstiger Erfahrungen bei vergleichenden Untersuchungen wird die Forderung einer ärztlichen

Nachsorge nach beendeter Behandlung von mindestens einigen Monaten, von amerikanischen Autoren sogar von 5 Jahren erhoben.

d) Die Therapieform, die gewählt wird, entscheidet schließlich wesentlich mit über die Spätprognose von *Ulcus ventriculi* und *Ulcus duodeni*. Hier hat sich in der neueren Literatur die Forderung durchgesetzt, daß erst nach mindestens 2 konsequent durchgeführten internen Kuren die chirurgische Behandlung (v. Haberer 56, Henning 62, Lauber 100, Lindenschmidt 107) und dann auch nur nach gewissenhafter Indikationsstellung (Hillemand et al. 69, 70, Holle 74-77, Nissen 126) angewandt werden sollte. So sollen bei vegetativ Labilen die operativen Spätergebnisse äußerst unbefriedigend sein (Bsteh 24, Hillemand et al. 69).

Einschränkend muß hier gesagt werden: So wie sich die divergierenden therapeutischen Ansichten z.T. unvereinbar gegenüberstehen, so sind auch die statistischen Erhebungen über die Spätergebnisse der Ulkusbehandlung von chirurgischer und internistischer Seite nicht leicht miteinander vergleichbar, und zwar auf Grund der verschiedenen Gesichtspunkte, auf die bei der Nachuntersuchung Wert gelegt wird (Henning 63, Dittrich et al. 34).

Der Chirurg richtet im allgemeinen sein Augenmerk auf das Rezidiv des Ulkus und auf unmittelbare Operationsfolgen, die mit der Verdauung zusammenhängen (Dumping-Syndrom, Unverträglichkeit von Milch- und Süßspeisen, Sturzentleerung u.ä.), während der Internist bei der Nachuntersuchung von Operierten mehr den Gesamtstatus im allgemeinen, das Verhalten des Körpergewichts, das Blutbild insbesondere, den Eisenspiegel, die Resistenzlage u.a. beachtet. So stammen von internistischer Seite vor allem Beobachtungen von Resistenzschwäche nach Magenoperationen (Boller 13, Dittrich et al. 34, Kalk 89), von Mangelzuständen ("malabsorption syndrome") der Eiweiß-Fett-Eisen- und Vitaminresorption post operationem (Brednow 20, Dalayoun 33, Henning et al. 65, 66, Koelsch 96), die zu ernststen Mahnungen gegenüber der chirurgischen Behandlung Anlaß geben. Auch sollen Folgekrankheiten besonders des Gallengangsystems (Boller 13, Koelsch 96) nach Magenresektionen häufiger beobachtet werden. Es wird sogar von einer verstüm-

melnden Operation gesprochen (postoperativer "Magenkrüppel") (Poli 133), dem von chirurgischer Seite Bemühungen gegenübergestellt werden, durch eine systematisch aufgebaute Vollkost, die bereits am 5.p.o.Tage beginnt, dem Patienten das Bewußtsein zu geben, daß er kein "Leidender" mehr ist (Pullmann 134). Auch zur Frage der Arbeitsfähigkeit treffen wir auf divergierende Auffassungen. Von internistischer Seite wird die Ansicht vertreten, daß die Zahl der Arbeitsfähigen durch die Magenoperation nicht erhöht werde, daß sie sogar zu gesteigertem Arbeitsausfall führe (Henning 63) - daß es so scheint, als hätten die Patienten das Gefühl, auf Grund der Operation nunmehr invalide zu sein. An einem einheitlichen Krankengut von Bahnbediensteten wurde eine vorzeitige Invalidisierung bei 40 % der Magenoperierten festgestellt (zit. bei Henning 63). Demgegenüber machen die chirurgischen Untersuchungen geltend, daß die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sehr befriedigend ist und daß die Belastung der Sozialträger durch die Operierten geringer sei als durch die wiederholten Arbeitsausfälle und Krankenhauskuren der internistisch Behandelten (Lindenschmidt 106). Tatsächlich erscheinen in der Literatur weniger frappierende Dauerergebnisse der internistischen Therapie - und es fehlt nicht an Stimmen, die vom Versagen dieser Behandlungsmethode beim Ulkus sprechen (Nidecker 125).

Es gibt auch eine Gruppe von Autoren, die einem therapeutischen Nihilismus das Wort reden (Martin et al. 116, Rae et al. 137, v. Tuffenberg et al. 156), wobei betont wird, daß 40 % der Ulzera spontan ohne ärztliche Behandlung heilen (Jores et al. 84) und hinsichtlich verschiedener Behandlungsmethoden bei zwei gleichgroßen Gruppen kein Unterschied in den Ergebnissen festgestellt werden konnte; ferner daß die große Zahl der Behandlungsvorschläge mit "guten" Ergebnissen zeige, daß es sich bei der Behandlung des Ulkus um eine "magische", also keinesfalls kausale Therapie handle (Iisalo et al. 80). Hieraus würde sich die Konsequenz ergeben, daß die Spätprognose des Ulkus lediglich dem Zufall anheimgestellt wäre.

Abschließend muß die Feststellung gemacht werden, daß sowohl die

chirurgische als auch die internistische Therapie keine "Patentlösung" für das Magen- bzw. Zwölffingerdarm-Geschwür darstellen (Henning 63, Nissen 126) und außerdem eine Rivalität dem ärztlichen Ideal widerspricht und von der Mehrzahl der Autoren abgelehnt wird; vielmehr kommt es auf ein dem Patienten dienliches Zusammenwirken beider Therapieformen im einzelnen Fall an, um die Spätprognose des Leidens in ein möglichst günstiges Licht zu stellen (Wachsmuth et al. 160).

Sehr geehrte/r

Vor mehreren Monaten hatten wir Ihnen geschrieben und Sie gebeten, uns Ihre jetzige gültige Anschrift mitzuteilen.

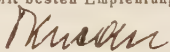
Sie waren früher wegen einer Magenkrankung (Geschwürsleiden) in Behandlung. Für wissenschaftliche Zwecke mit der Absicht, die beste Behandlungsmethode bei dieser Erkrankung zu ermitteln, wenden wir uns zu gleicher Zeit an eine sehr grosse Zahl ehemaliger Patienten um Auskunft.

Wir schreiben heute auch Ihnen mit der Bitte, unsere Fragen möglichst vollständig zu beantworten und uns den ausgefüllten Fragebogen (mit beiliegendem Briefumschlag) wieder zurückzuschicken.

Die nachstehenden Fragen erscheinen auf den ersten Blick sehr umfangreich. Sie werden aber sehen, dass ihre Beantwortung einfach ist und in kurzer Zeit erledigt werden kann. Sie brauchen nur in die zutreffenden Kästchen ein Kreuz zu machen und nur an wenigen Stellen Zusätzliches angeben.

Haben Sie im Voraus vielen Dank für Ihre Bemühungen und Ihre Unterstützung.

Mit besten Empfehlungen!



Priv. Doz. Dr. med. M. Knaedel

Erhebungsbogen

zu Ihrer Magenkrankung

Nur für wissenschaftliche Zwecke!

Streng vertraulich!

Bitte, im zutreffenden Kästchen ankreuzen oder dort Zahlen einsetzen — an den anderen Stellen ausreichend genaue Angaben!

- | | |
|---|---|
| 1. in welchem Lebensalter hatten Sie erstmals Magenbeschwerden? | mit ☐ Jahren |
| 2. nach wieviel Monaten oder Jahren wurden Sie deswegen erstmals behandelt? | nach ☐ Monaten |
| | nach ☐ Jahren |
| 3. zu Hause oder im Krankenhaus? | zu Hause ☐ |
| | im Krankenhaus ☐ |
| 4. wurde Ihnen die genaue Diagnose mitgeteilt? | Magengeschwür ☐ |
| wie lautete sie? | Dünndarm-
geschwür ☐ |
| | Zwölffinger-
darmgeschwür ☐ |
| | Magendurchbruch ☐ |
| | Magenblutung ☐ |
| | andere ☐ |
| | wie? ☐ |
| oder wurde sie nicht mitgeteilt? | |
| 5. war die Diagnose durch Röntgenuntersuchung gesichert? | ja ☐ nein ☐ |
| 6. trat nach der Behandlung Beschwerdefreiheit ein? | ja ☐ nein ☐ |

7. wie lange hielt die Beschwerdefreiheit an?
(Zahl einsetzen) Monate Jahre
8. kehrten die Beschwerden in der folgenden Zeit wieder?
regelmässig
unregelmässig
9. waren Sie nachher öfters in Behandlung?
ja nein
10. in Krankenhausbehandlung
wie oft (Zahl einsetzen) -mal
können Sie die Jahresdaten der Krankenhaus-
behandlungen angeben? (Zahlen einsetzen)
11. hatte sich Ihr Leiden während seines Verlaufes
bis zur Aufnahme in unseren Kliniken gebessert
oder verschlechtert?
gebessert
verschlechtert
12. ist durch die Behandlung in unseren Kliniken
eine Besserung eingetreten?
ja nein
wurden Sie völlig beschwerdefrei
ja nein
wenn nicht, welche Beschwerden verspürten
Sie dann?
Nüchternschmerz
Nachtschmerz
Unverträglichkeit
von Speisen
Erbrechen
Gewichtsabnahme
- ist durch die Behandlung in unseren Kliniken
insgesamt eine Verschlechterung eingetreten?
ja nein
13. wie oft waren Sie nach der Behandlung bei uns
in anderen Krankenhäusern?
 - mal
14. wie oft haben sich die Magen - Zwölffingerdarm -
Geschwüre nach der Behandlung bei uns noch
wiederholt? (Zahl einsetzen) - mal
bestehen die Beschwerden auch jetzt noch?
ja nein
sind in letzter Zeit auch noch Geschwüre nach-
gewiesen worden?
ja nein
15. mussten Sie operiert werden?
ja nein
- wissen Sie, welche Operation durchgeführt
wurde?
Billroth I
Billroth II
" GE "
Übernähung
2/3-Resektion
andere Operation
- wann wurde die Operation ausgeführt?
(Jahreszahl einsetzen)
- wo und von wem wurde die Operation
ausgeführt? (Krankenhaus und Operateur)
.....
.....
.....
.....

können Sie zur Operation weitere Angaben machen?

16. ist nach der Operation eine Besserung eingetreten?

ist diese Besserung entscheidend?
oder bestehen noch Restbeschwerden?
sind diese Restbeschwerden stark oder gering
bestehen sie in

ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐
stark ☐ gering ☐
Erbrechen ☐
Magendruck ☐
Unverträglichkeit ☐
von Speisen ☐
Notwendigkeit ☐
zu zahlreichen
Mahlzeiten
andere Beschwer- ☐
den

welche?

haben Sie nach der Operation an Gewicht
zugenommen oder abgenommen

zugenommen ☐
abgenommen ☐

ist nach der Operation eine anhaltende
Verschlechterung eingetreten?

ist nach der Operation erneut ein Ge-
schwür aufgetreten?

musste nochmals eine Operation vorgenom-
men werden?

in welchem Jahre?

in welchem Krankenhaus und von welchem
Operateur?

ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐

handelte es sich um eine Verengung der
Operationsstelle? (Anastomose)

oder um eine Nachresektion (weitere Verklei-
nerung des Magenanteiles)?

17. haben Sie jemals Darmblutungen gehabt?

dunkler Blutungsstuhl (Teerstuhl)

oder haben Sie Blut erbrochen?

waren die Darmblutungen (falls stattge-
funden) häufig?

waren sie die erste Ursache für die
Krankenhausbehandlung?

oder für die Operation

ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐
ja ☐ nein ☐

18. wenn ohne Operation eine wesentliche Besserung ein-
getreten ist - worauf führen Sie sie zurück?

Hausarztbehandlung ☐
Krankenhausbehandlung ☐
Änderung der Lebensweise ☐
Diät ☐
andere Massnahmen ☐

welche?

hat die Diätbehandlung eine Besserung bewirkt
oder nicht?

ja ☐ nein ☐

haben Sie zuerst keine Diät eingehalten und
hat sich eine Besserung erst nach Diät ein-
gestellt?

ja ☐ nein ☐

ist die Diät – wenn Sie sie eingehalten haben

sehr streng ☐

streng ☐

gelockert ☐

19. leiden Sie an anderen Erkrankungen?

Herzkrankheiten ☐

Lebererkrankung ☐

Gallenblasener-
krankung ☐

oder haben Sie vor der Magenerkrankung
schon durchgemacht eine

Gelbsucht ☐

Lebererkrankung ☐

Gallensteine ☐

Gallenblasenent-
zündung ☐

Bauchspeicheldrü-
senentzündung ☐

20. nehmen Sie Medikamente ein?
(Angaben nur für den Zeitpunkt nach der Be-
handlung in unseren Kliniken) welche?

ja ☐ nein ☐

Magentabletten ☐

krampflösende Mittel ☐

Mittel gegen Übersäuerung ☐

Mittel als Salzsäureersatz ☐

Mittel zur Stuhlregulierung ☐

normal ☐

zu viel ☐

zu wenig ☐

und wissen Sie, wie Ihre Magensäure war?

21. Ihr Beruf:

22. beeinflusst die Magenerkrankung – wenn sie nicht
ausgeheilt ist – entscheidend Ihr Leben und Ihren
Beruf?

ja ☐ nein ☐

haben Sie Ihre Lebensgewohnheiten umstellen
müssen

ja ☐ nein ☐

wurden Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig
oder berufsunfähig

ja ☐ nein ☐

haben Sie den Beruf wechseln müssen?

ja ☐ nein ☐

beziehen Sie wegen dieser Erkrankung eine
Rente?

ja ☐ nein ☐

wie hoch ist gegebenenfalls die Erwerbs-
minderung

☐ %

23. wie ist Ihr jetziger Zustand?

beschwerdefrei ☐

mässige Beschwerden ☐

starke Beschwerden ☐

wieder ein Geschwür ☐

stehen Sie zur Zeit wegen Ihres Magenleidens
in ärztlicher Behandlung

ja ☐ nein ☐

Falls Sie uns weitere Angaben machen können, die aufschlussreich sind, legen Sie, bitte,
einen zusätzlichen Bogen mit diesen Angaben bei.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

III. METHODIK UND MATERIAL

a) Patientenkreis

Es wurde ein Krankengut von insgesamt 370 Patienten berücksichtigt, das aus fünf Münchner Kliniken stammte.¹⁾

Das Material wurde dadurch gewonnen, daß alle ehemaligen Patienten dieser Kliniken, die mit der Schlußdiagnose "Ulcus ventriculi" oder "Ulcus duodeni" in dem Zeitraum zwischen 1945 und 1956 in stationärer Behandlung gestanden hatten, insgesamt 1.740 Patienten, angeschrieben wurden.

Nach Zusendung eines orientierenden Schreibens wurden an die Patienten Fragebogen versandt (Abb. 1), in denen alle Fragen unter gleichen Gesichtspunkten von allen Patienten zu beantworten waren, hinzielend auf die eingangs geschilderte Frage der Spätprognose des Ulcus ventriculi et duodeni.

Der Gesamtkomplex wurde in 23 Gruppen von Einzelfragen aufgegliedert, die zusammengefaßt das interessierende Ergebnis dieses Problems umreißen.

Die Fragen waren in der Weise ausgearbeitet worden, daß der Befragte nach Möglichkeit nur mit einem Kreuz bei "ja" oder "nein" zu antworten brauchte. Lediglich bei einigen Fragen wurden Zahlen bzw. Jahreszahlen, und nur bei einigen Punkten zusätzliche Angaben wie der Name des Krankenhauses, eines Medikamentes oder ähnliches erwartet. Damit sollte gewährleistet sein, daß die Fra-

1) Hiermit sei den Herren Direktoren und Chefarzten nachstehender Kliniken ergebenst Dank gesagt für die Erlaubnis zur Einsichtnahme in das Krankenblattarchiv:
Prof.Dr. H. Schwiegk, I. Medizinische Klinik der Univ. München,
Prof.Dr. G. Bodechtel, II. Medizinische Klinik der Univ. München,
Prof.Dr. F. Holle, Chirurgische Poliklinik der Univ. München,
Chefarzt Dr. Hanika, Rot Kreuz-Krankenhaus II, München,
Chefarzt Dr. G. Baumgartner, Rot Kreuz-Krankenhaus II, München.

gen von allen Patienten ohne Berücksichtigung spezieller Vorkenntnisse und ohne Unterschied des persönlichen Vermögens zufriedenstellend beantwortet werden konnten.

b) Fragebogen

Eingangs wurde die Frage nach dem Lebensalter gestellt, in dem erstmals Magenbeschwerden aufgetreten waren, sowie dem Zeitraum, nach welchem mit einer ärztlichen Behandlung zu Hause oder im Krankenhaus begonnen worden war. Dabei war an die Möglichkeit gedacht worden, daß sich Beziehungen zwischen dem Geburtsjahr und dem Erkrankungsalter, etwa einer besonderen Anfälligkeit der Kriegsjahrgänge, ergäben, bzw. daß bestimmte Lebensalter bevorzugt erkranken.

Als nächstes war nach der Diagnose gefragt, ob sie überhaupt mitgeteilt wurde und wie sie lautete, und ob sie durch die Röntgenuntersuchung gesichert war.

Die darauffolgende Fragengruppe behandelte den zeitlichen Verlauf der Erkrankung: beschwerdefreies Intervall, Rezidive, erneute Behandlung, Krankenhausbehandlungen. Der Zustand vor der Behandlung in unseren Kliniken, sowie nach unserer stationären Behandlung und welche Beschwerden weiterhin bestanden, war Gegenstand der folgenden Fragen: Nüchternschmerz, Nachtschmerz, Unverträglichkeit von Speisen, Erbrechen, Gewichtsabnahme.

Der folgende Fragenkomplex wandte sich an die Magenoperierten. Von diesen wurden präzisere Antworten erwartet, wie die Art der Operation, Jahreszahl der Operation sowie Krankenhaus und Operateur. Dazu im weiteren Verlauf das Ergebnis der Operation, ob die Besserung entscheidend war und ob noch Restbeschwerden vorhanden sind, in welcher Art und Stärke: Erbrechen, Magendruck, Unverträglichkeit von Speisen, Notwendigkeit zu zahlreichen Mahlzeiten oder andere Beschwerden, Zu- oder Abnahme des Körpergewichts.

Ferner interessierte das Ausmaß des lokalen, pathologischen Prozesses in dem Fragenkomplex der Blutungen: Bluterbrechen, Magen-Darmblutungen, Teerstuhl und ob sie der erste Anlaß für die Kran-

kenhaus- bzw. operative Behandlung waren.

Nun wurde der nicht operierte Patient befragt, der also konservativ behandelt wurde: wenn eine Besserung eingetreten ist, auf was er sie zurückführt (Hausarzt-, Krankenhausbehandlung, Änderung der Lebensweise, Diät oder andere Maßnahmen). Dabei wurde die Frage nach der Diät noch ausgedehnt, ob die Diät sehr streng, streng oder gelockert gehalten ist, weil auch heute noch die Diät als ein wesentlicher Bestandteil des Therapieplanes betrachtet wird.

Der folgende Fragenkomplex behandelte das Vorliegen anderer Erkrankungen, wie des Herzens, der Leber und Gallenblase und ein der Magenerkrankung vorausgegangenes Leiden wie Gelbsucht, Lebererkrankung, Gallensteine und Gallenblasenentzündung und Bauchspeicheldrüsenentzündung. Hier war an kausale Zusammenhänge mit der Magenerkrankung gedacht worden.

Der nächste Punkt behandelte die Anwendung von Medikamenten, Magentabletten, krampflösenden Mitteln, Medikamente gegen Übersäuerung, als Säureersatz, zur Stuhlregulierung - außerdem war nach den Verhältnissen der Magensäure gefragt.

Die soziale Seite der Magenerkrankung wurde im folgenden durch die Frage nach dem Beruf, den Lebensgewohnheiten und deren Beeinflussung durch das Magenleiden erfaßt. Inwieweit Arbeits- bzw. Berufsunfähigkeit vorliegt, Berufswechsel, Invalidisierung, Höhe der Erwerbsminderung interessierten hier besonders, um eventuelle Rückschlüsse auf die therapeutischen Maßnahmen und deren Auswirkungen ziehen zu können.

Zum Schluß wurde die Frage nach dem jetzigen Zustand gestellt: beschwerdefrei, mäßige oder starke Beschwerden, wieder ein Geschwür und ob der Patient z.Zt. wegen des Magenleidens in ärztlicher Behandlung stehe.

Zunächst war überraschend, daß trotz aller Bemühungen aus der Gesamtzahl der 1.740 angeschriebenen Patienten nur die Ergebnisse von 370 Erhebungsbogen ausgewertet werden konnten, das sind 21,2 % des ursprünglich behandelten Patientenkreises.

Wir hatten durch ein orientierendes Schreiben mit persönlicher Anrede die Patienten über unser Vorhaben aufgeklärt, ihnen in nächster Zeit einen Erhebungsbogen mit Fragen über die Magenerkrankung zuzusenden. Am Schluß war vom Patienten ein kleiner Abschnitt abzutrennen und ausgefüllt mit Namen und jetziger Adresse in dem beigelegten, an uns adressierten Freiumschlag zurückzuschicken. Erst diesen Patienten, die den neuen Adressenabschnitt an uns geschickt hatten, ließen wir unseren ausführlichen Fragebogen mit eingelegtem, adressierten Freiumschlag zustellen. Insgesamt waren 32,4 % unserer Schreiben als "unzustellbar" zurückgekommen, weil die Empfänger "unbekannt verzogen" waren. Als inzwischen verstorben gemeldet wurden uns 14,4 %. 30,2 % der ehemaligen Patienten müssen das Schreiben unbeantwortet gelassen haben, da wir von ihnen keinen Fragebogen zurückbekamen.

Von nur 21,5 % der 1.740 angeschriebenen Patienten erhielten wir einen auswertbaren Fragebogen, auf den wir unsere Untersuchungen stützen. Nur eine verschwindend kleine Zahl 1,5 % der zurückgekommenen Fragebögen fiel wegen unsicherer Angaben aus, was wir als Hinweis auf die gute Verständlichkeit und Beantwortbarkeit des Fragebogens werteten.

Zusammenfassend muß für unseren Fall mit einem so umfangreichen Erhebungsbogen gesagt werden, daß nur etwa ein Drittel der erreichbaren Patienten in der Lage bzw. bereit ist, sich einer solchen Mühe, wie dem Ausfüllen der Formulare und Beantworten der Fragen zu unterziehen. Möglicherweise ist die Zurückhaltung von gut zwei Drittel der Patienten auch psychologisch bedingt durch die unangenehmen Erinnerungen an das Ausfüllen von Fragebögen aus anderem Anlaß. Zu denken ist außerdem an eine Überalterung eines Teiles der Patienten, da wir die Jahrgänge bis 1880 erfaßten und anschrrieben.

Die Art, wie die Bögen ausgefüllt worden sind, war sehr unterschiedlich: manche Patienten füllten gewissenhaft alle Fragengruppen aus, und fügten ein Blatt mit einem persönlichen Bericht bei, andere befaßten sich nur mit den sie angehenden Fragen, wieder andere schickten nur einen persönlichen Bericht und überliesen uns das Eintragen in den Fragebogen.

Diese Unterschiedlichkeit der Fragenbeantwortung hängt sicher mit dem Bildungsstand der Befragten zusammen, vielleicht auch mit dem Alter der Patienten. Unser Krankengut stammt vorwiegend aus dem Handwerker-, Arbeiter- und Angestelltenstand, also Berufen, die nicht gewohnheitsmäßig mit der Schreibfeder umzugehen pflegen. Im Altersstand überwiegen die mittleren Lebensalter, die heute beruflich stark engagiert sind und sich vielleicht für eine solche Fragenbeantwortung nicht die Zeit nehmen.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte ausschließlich auf Grund der Angaben in den Fragebögen, weil aus den erhaltenen Antworten vergleichbare Aussagen über einzelne Fragen abgeleitet werden konnten. Eine Absicherung hinsichtlich der Dignität der Angaben wurde dadurch erreicht, daß die Fragen so gestellt waren, daß sie sich gegenseitig bestätigen mußten. Hiermit war die Möglichkeit gegeben, Einblick in eine subjektive Beeinflussung aus Zweckmäßigkeitsgründen seitens der Patienten zu bekommen wie etwa bei der Rentenfrage, wo eine ganze Anzahl die Höhe der Erwerbsminderung nicht angab.

c) Methode der Auswertung

Zur Auswertung der Fragebögen wurden Listen hergestellt, in die sämtliche Punkte eines jeden ausgefüllten Fragebogens übertragen wurden. Die Listen haben eine Spalteneinteilung, die mit den Patientennamen links beginnt und die nach rechts fortgesetzt wird mit jeweils einer Spalte für jede Antwortmöglichkeit. Aus Raumersparnis wurden die einzelnen Fragen durch die fortlaufende Numerierung repräsentiert. Damit war ein Überblick in zweifacher Hinsicht bereits auf den Listen möglich: einmal konnten die Daten jedes einzelnen Patienten in Kollektive zusammengefaßt und in einer Reihe übersehen werden, zum anderen waren die positiven bzw. negativen Ergebnisse jeder Antwort für sich spaltenweise addierbar, nach Art der Kolonnenaddition. Nach Abschluß der Eintragung aller Fragebögen in 15 Listen wurde eine Schlußliste hergestellt, in die die Endresultate der einzelnen Listen eingetragen wurden.

Zur Veranschaulichung einzelner Fragenkomplexe wurden die Endresultate der einzelnen Daten in Tabellen gesetzt, sowohl mit den absoluten Zahlen wie auch prozentual auf die Gesamtzahl bzw. auf die Fälle der chirurgischen Behandlung oder der konservativen, oder auf die Zahl der männlichen und weiblichen Patienten bezogen.

Diese Tabellen waren dann der Ausgangspunkt für eine ganze Reihe graphischer Darstellungen, die einen raschen Einblick in die einzelnen Fragenkomplexe gestatten und interessante Gegenüberstellungen ergeben.

Eine Signifikanzberechnung erfolgte nicht. Sie wäre auch wegen des in vielen Fällen nur bedingt vergleichbaren Materials schwierig gewesen.

IV. ERGEBNISSE UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Einige grundsätzliche kritische Bemerkungen sollen an den Anfang der Ergebnisse unserer Untersuchung gestellt werden. Durch die lokalen und zeitlichen Verhältnisse bedingt (München: Großstadt; unmittelbare Nachkriegszeit 1945-56, Wiederaufbauzeit - beides Faktoren, die vielfach mit Ortswechsel verbunden sind) ergaben sich ein Ausfall von 32.4 % der ursprünglich behandelten und registrierten Patienten, die inzwischen verzogen waren, und ein weiteres Defizit von 30.2 % der ehemaligen Kranken, die die Befragung nicht beantworteten. Insgesamt sind dadurch 62,6 % des Ausgangsmaterials aller 4 Kliniken als dem Z u f a l l unterworfenen Ausfälle zu vermerken.

Dieses Negativum scheint uns ausgeglichen durch die hohe Ausgangszahl von 1.740 ehemaligen Ulkuskranken, was sich an dem Ergebnis einiger grundsätzlicher Fragen bestätigt; wir konnten eine repräsentative Zusammensetzung unseres Untersuchungsmaterials an Hand übereinstimmender Angaben aus der Literatur feststellen. So zu der Frage der Erkrankungshäufigkeit bei Männern und Frauen, Erkrankungsalter, Zunahme der Erkrankungsfälle in den Kriegsjahren u.a.

Hinsichtlich der Zusammensetzung unseres Krankengutes nach Behandlungsart wurde k e i n e A u s l e s e getrieben; wir erfaßten etwa zur Hälfte Patienten aus medizinischen und zur Hälfte aus chirurgischen Kliniken. Es überwiegen dann zur Zeit unserer Frageaktion die chirurgisch behandelten Ulkusfälle.

Zum Unterschied von den meisten Statistiken ist unsere N a c h - b e o b a c h t u n g s z e i t sehr lang, mindestens 6 Jahre, bei der Mehrzahl unserer Fälle zwischen 8 und 25 Jahren, sodaß sich eine Anzahl von divergierenden Ergebnissen gegenüber Mitteilungen der Literatur erklären. Es wurde darauf verzichtet, die beiden Behandlungsarten, die chirurgische und die internistische, rivalisierend gegeneinander abzuwägen.

Die Mehrzahl aller bisherigen Untersuchungen zur Frage der Spätprognostik der Ulkuskrankheit bedient sich entweder direkter Nach-

untersuchungen am Patienten oder der Auswertung von vorliegenden Krankengeschichten, unabhängig von einer Nachuntersuchung.

Bei der Methode der direkten Nachuntersuchung wird zumeist der weitere Krankheitsverlauf des Leidens in einem relativ zeitbegrenzten, von dem Untersucher aus Zweckmäßigkeit bestimmten Zeitraum erfaßt. Zudem wird bei dieser Form der Nachuntersuchung überwiegend ein zum Zeitpunkt der erneuten Untersuchung definierter augenblicklicher Zustand erfaßt und das Gesamturteil über den spätprognostischen Verlauf im wesentlichen auf diesen, unter dem Eindruck des Untersuchers stehenden Befund bezogen.

Bei der Methode der Krankenblattauswertung ist zu berücksichtigen, daß aus zumeist uneinheitlichen und nicht unter gleichen verwertbaren Bedingungen erhobenen Befunden Schlüsse durch den Bearbeiter gezogen werden. Dieser hat einerseits keinen persönlichen Kontakt mit dem Patienten, vermag aber auch andererseits nicht die Ergebnisse (sowohl nach Dignität der Untersuchung als auch nach ihrer Absicherung für eine übereinstimmende und einheitlich überblickende Beurteilung) zu präzisieren.

Die hier angewandte Methode der reinen Fragebogen-Erhebung ist in dieser Form, - soviel wir wissen - erstmals zur Bearbeitung dieser Fragestellung, der Spätprognose von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, benützt worden. Sie ist in der Absicht gewählt worden, den mit anderen Methoden erhobenen Ergebnissen neue Untersuchungen unter anderen Ermittlungs-Gesichtspunkten gegenüberzustellen. In den Vordergrund ist hier die Aussage des Patienten gestellt worden, seine Klagen und Ansichten zu seiner Erkrankung, - was ihm entscheidend geholfen hat, - mit welcher Lebensführung er sich abfinden muß. Aus dem Gesamtbild, das sich aus diesen Antworten ergibt, wurde versucht, einen Hinweis auf die Spätprognose, das spätere Krankheitsschicksal des Ulkusleidens, zu gewinnen. Damit ist die Methode unserer Untersuchung, nämlich die des Fragebogens, als gerechtfertigt begründet.

Zum Problem der Glaubwürdigkeit der Aussagen: Es waren in dem Fragebogen verschiedene Sicherungen in Form von Gegenfragen eingebaut. Wir konnten an den Ergebnissen

feststellen, daß die Antworten im wesentlichen glaubwürdig, also wissenschaftlich verwertbar, sind.

Zusammenfassend glauben wir, die möglichen Einwände gegen unser Verfahren bereinigt zu haben und in der Lage zu sein, eine wissenschaftlich begründete Aussage zu der Frage der

Spätprognose des Ulkus mit
besonderer Berücksichtigung
des Standpunktes der Erkrank-
ten

geben zu können.

370 auswertbare Fragebogen von Ulkuskranken standen zur Verfügung:

274 Männer - 74 %

96 Frauen - 26 %

unseres Krankengutes.

Hierbei entspricht das Verhältnis der Erkrankungsfälle Männer : Frauen der in der Literatur genannten Tatsache, daß das männliche Geschlecht in entsprechender Relation häufiger als das weibliche von dem Ulkusleiden betroffen wird (Henning, 63, Jores 85, Gutzeit 55, Vándorfy 157).

Im Sinne unseres Themas wurden nur Fälle erfaßt, deren Magenanamnese mindestens 6 Jahre zurücklag. Bei 70 % unserer Patienten waren seit Erkrankungsbeginn zwischen

8 und 25 Jahren,

im Durchschnitt 20 Jahre, vergangen. Durch diese sehr lange Nachbeobachtungszeit lassen sich eine Reihe der wesentlich ungünstigeren Daten unserer Untersuchung im Verhältnis zu den Ergebnissen anderer Autoren verstehen.

Frage 1

"In welchem Lebensalter hatten Sie erstmals Magenbeschwerden?"

Die Frage 1 nach dem Lebensalter, in dem erstmals die Erkrankung auftrat, erlaubt einen Überblick über die am meisten von dem Magen- und Duodenalulkus betroffenen Altersgruppen. Danach liegt die Mehrzahl der Ersterkrankungen - bei 61 % aller Patienten - zwischen dem 20. und 45. Lebensjahr, bei 60 % unseres männlichen

Krankengutes zwischen 25 und 45 Jahren, bei 63,5 % unseres weiblichen Krankengutes zwischen dem 20. und 44. Lebensjahr (Abb. 1). In diesen Prozentzahlen zeigt sich deutlich, daß unser Krankengut material durchaus repräsentativ ist, da wir aus der Literatur das Ulkus als eine Krankheit des jüngeren bis mittleren Erwachsenenalters kennen (Henning 63, Hetényi 67, Hoffmann 73, Jores 85).

Die Tragweite dieser Feststellung für die Spätprognose der Ulkuskrankheit ergibt sich aus dem Faktum, daß ein bedeutender Teil der Ulkuskranken von Jugend an bzw. aus den besten Jahren heraus immer wieder mit Beschwerdeschüben und Krankheitsphasen belastet, aus dem Arbeitsprozeß ausgeschaltet und durch die immanenten Komplikationen gefährdet ist. Wie zu zeigen sein wird, haben an dieser Tatsache auch die optimalen therapeutischen Bemühungen nichts Grundsätzliches zu ändern vermocht.

Frage 2

"Nach wieviel Monaten oder Jahren wurden Sie wegen der Magenbeschwerden erstmals behandelt?"

Die erste ärztliche Behandlung nach dem Auftreten von typischen Magenbeschwerden fand bei über 60 % unserer Patienten innerhalb von 2 Jahren statt, was uns einerseits ein Hinweis auf die Schwere der Erkrankung zu sein scheint, andererseits auch ausschlaggebend für die Spätprognose ist, da die bald der Therapie zugeführten Ulkusfälle bessere Heilungsaussichten haben (Steger 153, Henning 63, Kalk 88). 20 % der Kranken geben eine längere Erkrankungsdauer (bis zu 32 J.) an, ehe eine ärztliche Behandlung wegen der Magenbeschwerden in Anspruch genommen wurde (Abb. 2). Hierbei handelt es sich offenbar um leichtere Erkrankungsfälle, um Patienten, die zur Dissimulation neigen, oder um Fälle von *Ulcus ventriculi*, von dem bekannt ist, daß es häufig mit geringeren Beschwerden einhergeht, als das *Ulcus duodeni* (Henning 63).

Eine Häufung der Ersterkrankungen in den Kriegsjahren 1940 - 44 und in den Jahren 1950 - 52 geht aus Abb. 3 hervor, was mit Beobachtungen anderer Autoren übereinstimmt. Es wird ganz allgemein bei Klinikern und auch bei Pathologen von einer Zunahme der Ulkus-

krankheit gesprochen - bereits vor dem 2. Weltkrieg beginnend und sich im Krieg verstärkt fortsetzend (Henning 63, Hetényi 67, Doll et al. 36, Feldmann 45, Kalk 89, Bräutigam 17, Weiss et al. 166). Selbst in den vom Krieg nicht direkt betroffenen Ländern USA und Brasilien hat die Häufigkeit von Magen- und Duodenalulcus in den Kriegsjahren stark zugenommen (Larson et al. 98, Sandweiss et al. 142, Mónes 122). Außerdem wird eine Frequenzsteigerung der höheren Altersklassen beschrieben (Mulsolo 124).

Frage 3

"Erstbehandlung wegen der Magenbeschwerden zuhause oder im Krankenhaus?"

Die Frage nach der ersten ärztlichen Behandlung, zuhause oder im Krankenhaus, läßt wiederum einen Schluß zu auf die Schwere der von uns erfaßten Ulkusfälle mit ihren prognostischen Folgen (Tab. I).

	<u>Gesamt</u>		<u>Männer</u>		<u>Frauen</u>	
	370	100 %	274	100%	96	100%
zu Hause	197	53,2%	147	53,6%	50	52,0%
im Krankenhaus	170	45,9%	126	45,9%	44	45,8%

Tabelle I

Frage 3: Erstbehandlung

Die Zahl der primär stationär behandelten Kranken ist erstaunlich hoch. In der Literatur finden sich keine vergleichbaren Angaben.

Frage 4

"Wurde Ihnen die genaue Diagnose mitgeteilt? Wie lautete sie?"

Frage 4 betrifft die Diagnose der Erkrankung, die bei 80,7 % röntgenologisch gesichert war (Ergebnis der Frage 5: "War die Diagnose durch Röntgen-Untersuchung gesichert?") (Abb. 4, Tab. II)

	<u>G e s a m t</u>		<u>M ä n n e r</u>		<u>F r a u e n</u>	
	370	100%	274	100%	96	100%
Ulcus ventriculi	121	32,8%	89	32,5%	35	36,5%
Ulcus duodeni	200	54,5%	151	55,1%	48	50,0%
Perforation	36	9,7%	30	10,9%	6	6,2%
Blutung	35	9,5%	25	9,1%	10	10,4%
ohne Angabe	22	5,9%	14	5,1%	8	8,3%
Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni	66	17,8%	48	17,5%	15	15,6%

Tabelle II

Frage 4: Diagnose

In der Literatur finden sich mehrfach Hinweise auf die Verschiedenartigkeit von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, sowohl der Ätiologie, Symptomatologie wie auch des Krankheitsverlaufes nach (Henning 63, Nidecker 125, Hetényi 67). Für unser Thema entscheidend jedoch ist, daß kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des chronischen Charakters und der Beeinflußbarkeit durch therapeutische Maßnahmen besteht.

Das Vorkommen beider Geschwürtypen bei einem Patienten - gleichzeitig bzw. im Verlaufe der Erkrankung - wird in der Literatur zwischen 2,7 % - 10 % und 27 % angegeben (Mangold 115, Hoffmann 73, Junghans et al. 87, Veleminsky et al. 159, Weiss et al. 166, Flood et al. 49).

Unsere Doppelangaben liegen mit 17,8 % relativ hoch, was jedoch im Hinblick auf die Spätprognose von relativ geringer Bedeutung zu sein scheint.

Wichtiger für unser Thema sind die Angaben von Perforation und Magen-Darm-Blutung als Eingangsdiagnose (Abb. 4, Tab. II). Die Häufigkeit der Perforationen liegt nach Literaturangaben zwischen 5 und 25 % (Malmros et al. 114, Friedman 51, Hackethal 57, Martin et al. 116), bei einer höheren Beteiligung des männlichen Geschlechts (Henning 63). Unsere Ergebnisse von 9,7 % Perforationen mit einer Prävalenz des männlichen Geschlechts von 10,9 % gegenüber dem weiblichen mit 6,2 % steht im Einklang mit der Mehrzahl dieser Angaben.

Ähnlich verhalten sich die Prozentzahlen für die Blutung. Bei 9,5 % unserer Patienten war die Magen-Darm-Blutung Ursache für die Krankenhausbehandlung, bei 7,3 % war sie der Anlaß zur Magenoperation.

Unter den schweren Komplikationen der Perforation oder der Blutung hatten also insgesamt 18 % unserer Patienten zu leiden, 1,9 % unter beiden Komplikationen, sodaß wir im Hinblick auf das Thema sagen müssen: Fast ein Fünftel der Ulkus-Kranken haben mit schweren Zwischenfällen im Sinne einer Blutung oder Perforation im Laufe ihrer Erkrankung zu rechnen.

Frage 6

"Trat nach der Behandlung Beschwerdefreiheit ein?"

43,3 % unserer Patienten verneinen diese Frage. Das ist ein doppelt so hoher Prozentsatz als in den Literaturangaben, nach denen rund 20 % der Patienten nach der ersten Behandlung nicht beschwerdefrei werden (Kalk 88, Katsch et al. 91, Gutzeit 55, Iisalo et al. 80, Jores 85). Zu diskutieren wäre hier, ob bei einem Teil der Kranken zunächst eine Fehldiagnose gestellt wurde und eine unzweckmäßige Behandlung stattfand, die keine Beschwerdefreiheit brachte. 52 % unserer Kranken sind zunächst durch die Behandlung beschwerdefrei geworden. Dies entspricht der bekannten Vorstellung von dem periodischen Verlauf, dem Wechsel von Remissionen und neuen Krankheits-schüben bei diesem chronischen Leiden (Henning 63, Hetényi 67, Kalk 88, Flood 48, Veleminsky et al. 159) - bei 114 Patienten einer Untersuchung hatten 5 % bereits nach 6 Monaten wieder Beschwerden (Jores 85). Auch bei unserer Nachfrage ergibt sich eine deutliche Häufung des Wiederauftretens von Beschwerden nach 3 und 6 Monaten, wie nach 1 und 2 Jahren (Abb. 5). Hier wird man zu der Frage gedrängt, ob diese Erscheinung einem spontanen Rhythmus, wie er in Abläufen des vegetativen Nervensystems bekannt ist, entspricht (etwa Frühjahr - Herbst), oder ob die Häufung erneuter Beschwerden "sozialversicherungsmedizinisch" induziert ist, entweder gemäß dem Rhythmus anberaumter Nachuntersuchungen oder dem Zeitraum der gewährten Arbeitsunfähigkeit bzw. temporärer Invalidisierung oder dem Wunsch nach erneuter Rentengewährung entspringt.

In unserem Krankengut haben nur wenige Prozent beschwerdefreie Intervalle zwischen 6 Jahren bis zu 40 Jahren angegeben.

Frage 8

"Kehrten die Beschwerden in der folgenden Zeit wieder?
Regelmäßig - unregelmäßig?"

Die Frage 8 behandelt die Periodizität der Beschwerden:

regelmäßig	34,7 %
unregelmäßig	46,8 %

18,7 % nehmen zu dieser Frage nicht Stellung.

Der Patientenkreis, der regelmäßig auftretende Beschwerden angibt, ist mit 35 % aller Kranken relativ groß und stellt im Hinblick auf unser Thema einen beträchtlichen Teil der Magenkranken, die durch das Leiden ernstlich belastet sind.

Frage 9

"Waren Sie nachher öfters in Behandlung?"

76,8 % unserer Patienten waren nach der ersten Behandlung noch wiederholte Male wegen der Magenbeschwerden in ärztlicher Behandlung, ein eindeutiger Hinweis auf die Chronizität des Ulkus-Leidens.

Frage 10

"In Krankenhausbehandlung?"

72,7 % aller Patienten waren in Krankenhausbehandlung. Dabei sind Ulkus-Kuren und stationäre Aufenthalte anlässlich der Magenoperation gleichermaßen erfaßt (Tab. III).

So haben 26,3 % unserer Kranken mehr als 2 (bis zu 15) stationäre Behandlungen durchmachen müssen.

8 - 15 mal in stationärer Behandlung wird von 2,5 % der Patienten angegeben.

Der relativ niedrige Prozentsatz nur einmaliger Krankenhausbehandlung von 26,3 % gegenüber 42,9 % einer chirurgischen Statistik

(Hackethal 57) spricht für eine durchschnittliche, also nicht einseitige Zusammensetzung unseres Untersuchungsmaterials. Im Hinblick auf die Spätprognose ist dabei zu bemerken, daß rund $\frac{1}{4}$ der Ulkuskranken mit mehr als 2 Krankenhausbehandlungen rechnen müssen.

Mal	<u>Gesamt</u>		<u>Männer</u>		<u>Frauen</u>	
	370	100 %	274	100 %	96	100 %
1	104	28,1	72	26,3	32	33,3
2	68	18,3	50	18,2	18	18,7
3	39	10,5	34	12,4	5	5,2
4	20	5,4	17	6,2	3	3,1
5	14	3,8	13	4,7	1	1,0
6	10	2,7	9	3,2	1	1,0
7	5	1,4	2	0,7	3	3,1
8	2	0,5	2	0,7	-	
9	1	0,3	1	0,3	-	
10	3	0,8	2	0,7	1	1,0
11	1	0,3	1	0,3	-	
12	1	0,3	1	0,3	-	
15	1	0,3	-		1	1,0

Tabelle III Frage 10: Wie oft Krankenhausbehandlung?

Frage 11

"Hatte sich Ihr Leiden während seines Verlaufes bis zur Aufnahme in unseren Kliniken gebessert oder verschlechtert?"

Das Magenleiden hatte sich bis zur Aufnahme in eine der oben genannten Kliniken

gebessert bei	21,3 %
verschlechtert bei	52,2 %.

Frage 12

"Ist durch die Behandlung in unseren Kliniken eine Besserung eingetreten? Wurden Sie völlig beschwerdefrei? Wenn nicht, welche Beschwerden verspürten Sie dann?"

Nüchternschmerz - Nachtschmerz - Unverträglichkeit von Speisen - Erbrechen - Gewichtsabnahme.

Ist durch die Behandlung in unseren Kliniken insgesamt eine Verschlechterung eingetreten?"

Durch die Behandlung in einer unserer Kliniken (chirurgisch oder internistisch) wurden rund 20 % beschwerdefrei, etwa 65 % erfuhren eine Besserung ihrer Beschwerden (Abb. 6, Tab. IV).

Bei 6 % unserer Patienten ist trotz der klinischen Behandlung eine Verschlechterung eingetreten.

		<u>Gesamt</u>		<u>Männer</u>		<u>Frauen</u>	
		370	100 %	274	100 %	96	100 %
Besserung:	<u>ja</u>	236	63,9	170	62,0	68	70,8
	<u>nein</u>	65	17,6	52	18,9	13	13,5
Beschwerdefrei:	<u>ja</u>	72	19,4	50	18,2	22	22,9
	<u>nein</u>	223	60,4	172	62,7	51	53,1
Verschlechterung	<u>ja</u>	19	5,1	17	6,2	2	2,1
	<u>nein</u>	282	76,3	209	76,2	73	76,0

Tabelle IV Frage 12: nach Behandlung in unseren Kliniken

Bleibende Beschwerden wurden jedoch von 71,5 % aller Patienten (= 264 Patienten) angegeben, und zwar von folgender Charakteristik (Abb. 7):

Unverträglichkeit von Speisen	54,7 %	(von 370 Patienten)
Gewichtsabnahme	37,6 %	
Erbrechen	29,6 %	
Nüchternschmerz	24,6 %	
Nachtschmerz	17,8 %	

Diese Angaben zeigen deutlich die Hartnäckigkeit der Erkrankung. Die Kranken bleiben trotz ärztlicher Bemühungen zum großen Teil weiter mit beträchtlichen Organbeschwerden behaftet.

Frage 13

"Wie oft waren Sie nach der Behandlung bei uns in anderen Krankenhäusern?"

Frage 13 unterstreicht diese pessimistische Bilanz. 34,6 % aller Patienten mußten sich nach der Behandlung in einer der obigen Kliniken noch weitere Male in stationäre Behandlung begeben

1 mal	50,0 %	(bezogen auf 128 Patienten)
2 mal	24,2 %	
3 mal	11,7 %	
4 mal	8,7 %	
5 mal	3,1 %	

6, 10 und 11 mal sind Einzelfälle.

Frage 14

"Wie oft haben sich die Magen-Zwölffingerdarmgeschwüre nach der Behandlung bei uns noch wiederholt? Bestehen die Beschwerden auch jetzt noch? Sind in letzter Zeit noch Geschwüre nachgewiesen worden?"

Die Häufigkeit der Ulkusrezidive nach der Behandlung in einer der obigen Kliniken liegt bei 28,1 % unserer Kranken.

Dabei sind:

- 27,3 % der männlichen und
- 30,2 % der weiblichen Patienten betroffen.

Rezidivhäufigkeit:

1 Rezidiv	8,1 %	19,7 %
2 "	7,0 %	
3 "	2,2 %	
4 "	2,4 %	
5 "	1,9 %	
6 "	1,1 %	
oft Rezidive	1,9 %	

Etwa 20 % unserer Patienten, die bis zu 4 Rezidiven durchmachten, stellen einen ernstlich belasteten Kreis von Kranken dar, was sehr beachtenswert für die Spätprognose ist.

Die "Beschwerden eines Rezidivs" zur Zeit der Frageaktion bestanden noch bei 30,4 % unserer Patienten.

In letzter Zeit wurden Rezidive nachgewiesen bei 12,2 % aller 370 Ulkuskranken.

Die Literatur weist Statistiken über die Rezidivhäufigkeit lediglich unter den chirurgischen Nachuntersuchungen auf. Dabei schwanken die Angaben bei den optimalen Operationsmethoden um 1 bis 3 Prozent, bei den weniger gebräuchlichen bzw. inzwischen verlassenen Methoden um 4 - 7 Prozent.

In einer internistischen Nachuntersuchung mit einem doppelt so großen Krankengut wie dem unseren werden 36,1 % schwere Rückfälle genannt. Dagegen setzen sich die etwa 30 % Rezidive bzw. Rezidivbeschwerden unserer Erfassung aus internistisch u n d chirurgisch behandelten Kranken zusammen.

Eine Differenzierung nach Behandlungsart zeigt "Beschwerden eines Rezidivs" bei

41,4 %	(61)	der konservativ
22,8 %	(51)	der chirurgisch Behandelten.

Diese schwerwiegende Aussage steht im Gegensatz zu allen chirurgischen Veröffentlichungen, die wesentlich günstigere Prozentzahlen angeben. Einschränkung muß gesagt werden, daß es sich bei unseren operierten Kranken zum Teil um länger zurückliegende Operationen handeln kann, wo die Erfahrungen noch nicht so ausgezeichnet waren wie heute; bei 11 % unserer Patienten liegen seltenere Operationsmethoden zu Grunde, die mit ungünstigeren Ergebnissen belastet sind; ferner muß nicht in allen Fällen ein Rezidiv vorliegen. Für den Patienten jedoch ist entscheidend, daß sich der Beschwerdecharakter nicht gebessert hat und er weiterhin unter "seinem Ulkus" zu leiden hat.

Unsere Ergebnisse sind abgesichert durch Gegenfragen unter Frage Nr. 23.

Frage 15

"Mußten Sie operiert werden? Wissen Sie, welche Operation durchgeführt wurde?"

60,3 % unserer Patienten mußten wegen des Ulkus operiert werden (Abb. 8, Tab. V).

	<u>G e s a m t</u>		<u>M ä n n e r</u>		<u>F r a u e n</u>	
	370	100 %	274	100 %	96	100 %
nicht operiert	147	39,9	93	34,0	54	56,2
operiert	223	60,2	181	65,8	42	43,7

Tabelle V

Frage 15: Kurten Sie am Magen operiert werden?

Das männliche Geschlecht ist gegenüber dem weiblichen etwa 4 mal so häufig vertreten. Dieses Zahlenverhältnis stimmt überein mit Angaben chirurgischer Statistiken (Brun et al. 25, Hoffmann 73), worin wir auch in dieser Hinsicht einen Hinweis auf die repräsentative Zusammensetzung unseres operierten Krankengutes erblicken möchten. Eine weitere Bestätigung dieser Annahme sehen wir in den Angaben über die Operationsmethoden, die zur Anwendung kamen. So ist nach den Mitteilungen unserer Patienten die Magenresektion nach Billroth II die weitaus vorherrschende Methode, wie es auch aus der chirurgischen Literatur hervorgeht (Lindenschmidt 105, Nissen 126, Hackethal 57, Hoffmann 72, Chamberlain 29, Douglas 39) (Tabelle VI).

	<u>G e s a m t</u>		<u>M ä n n e r</u>		<u>F r a u e n</u>	
	223	100 %	181	100 %	42	100 %
B II	157	70,4	134	73,9	23	54,7
B I	5	2,2	3	1,6	2	4,7
G E	5	2,2	4	2,2	1	1,8
Übernähg.	15	6,7	14	7,7	1	1,8
andere Op.	7	3,1	7	3,8	-	-
ohne Angabe	59	26,4	43	23,7	16	38,0

(Verschiedentlich Doppel- oder Mehrfachangaben von Operationen)

Frage 16

"Ist nach der Operation eine Besserung eingetreten? Ist diese Besserung entscheidend? Oder bestehen noch Restbeschwerden? Sind die Restbeschwerden stark oder gering? Bestehen sie in Erbrechen, Magendruck, Unverträglichkeit von Speisen, Notwendigkeit zu zahlrei-

chen Mahlzeiten, anderen Beschwerden. -

Haben Sie nach der Operation an Gewicht zugenommen oder abgenommen - Ist nach der Operation eine anhaltende Verschlechterung eingetreten - erneut ein Geschwür? Mußten nochmals eine Operation vorgenommen werden - handelte es sich um eine Verengung der Operationsstelle - oder um eine Nachresektion?"

Die Beurteilung des Operationserfolges durch den Patienten zeigen Abb. 9 und Tab. VII.

	Gesamt-Operationen		operierte Männer		operierte Frauen	
	223	100 %	181	100 %	42	100 %
Besserung: <u>ja</u>	190	85,2	160	88,4	30	71,4
<u>nein</u>	16	7,1	14	7,7	2	4,8
Besserung <u>ja</u>	138	61,8	119	65,7	19	42,2
entscheidend: <u>nein</u>	26	11,6	20	11,0	6	14,2
Restbe- <u>ja</u>	90	40,3	75	41,4	15	35,7
schwerden: <u>nein</u>	73	32,7	62	34,2	11	26,1
anhaltende <u>ja</u>	17	7,6	13	7,1	4	9,5
Verschlech- <u>nein</u>	181	81,7	157	86,7	24	57,1
terung:						
Rezidiv:	22	9,8	17	9,3	5	11,9
nochmals						
Operation:	17	7,6	14	7,7	3	7,1
Nachre-						
sektion:	12	5,3	10	5,5	2	4,8

Tabelle VII

Frage 16: nach der Operation

Eine Gruppierung der Ergebnisse unter den Gesichtspunkten Resultat "zufriedenstellend" einerseits und "schlecht" andererseits ergibt folgende Zahlenverhältnisse:

	Gesamt	Männer	Frauen	
zufriedenstellend	85,2	88,4	71,4	%
schlecht	14,7	14,8	14,3	%

Diese Zahlen entsprechen einer ganzen Reihe von chirurgischen Nachuntersuchungen (Lindenschmidt 105, Hackethal 57, Brookes et al. 22, Wenderoth 170, Weinstein et al. 164, Watt et al. 163, Széll 146). Auch die oben deutlich werdende Tatsache, daß die Frauen weniger gute Resultate nach der Magenoperation zu verzeichnen haben, finden wir in der Literatur (Lindenschmidt 105, Brookes et al. 22, Pulvertaft 135, Széll 146, Scholefield 147). Im ganzen gesehen ist jedoch unser Ergebnis weniger optimistisch als diese Statistiken, da wir fast 15 % der operierten Ulkuskranken zu verzeichnen haben, die keinen Gewinn von der Operation hatten, und dies bei einem Krankengut, das durchaus repräsentativ ist, wie wir oben zeigen konnten. Auch die relativ hohe Rezidivfrequenz im Vergleich zu chirurgischen Arbeiten entspricht einem weniger optimistischen Bild. Die größere Rezidivhäufigkeit könnten wir mit den Operationsmethoden in Zusammenhang bringen, die ungünstigere Spätergebnisse haben (Patel et al. 129, Nissen 126, Lindenschmidt 107, Springorum 145, Walters 162, Wells et al. 168).

Die Diskrepanz der Operationsergebnisse bei Männern und Frauen, die auch in einer häufigeren postoperativen Gewichtsabnahme ihren Ausdruck findet, wird mit der negativen Eisenbilanz in Zusammenhang gebracht (Johnston et al. 83, Pulvertaft 135). Wie eine Anzahl Untersuchungen zeigen, ergaben sich Eisenmangelsyndrome, zu denen der Magenoperierte tendiert (Fauvert et al. 44, Fischermann et al. 47, Fodor et al. 50, Gillespie et al. 53, Hillemand et al. 69, Hoffmann 72, Köhler 95, McIntyre et al. 111, Mangold 115, Martin et al. 116, Martini 117, Milanés 119, Rautenberg et al. 140, Schrade et al. 148, Wells et al. 168, Wenderoth 170), weit häufiger bei Frauen (Henning 63, Hotz et al. 78, McLean et al. 112), besonders wenn die Operation länger zurücklag (Lyngar 109).

Ausgehend von der Voraussetzung, daß die Operateure den Patienten, auch in den ungünstig verlaufenden Fällen die optimale Operationsmethode angedeihen ließen, müssen wir im Hinblick auf unser Thema sagen: 15 % der Operierten haben trotz bester ärztlicher Bemühungen keine Besserung, ja sogar eine Verschlechterung ihres Magenleidens zu gewärtigen und müssen zusätzlich mit Folgen der Operation am Magen-Darmtrakt rechnen (Boller 15, Leger et al. 101, Lemaire

et al. 102, Louyot et al. 108, Morin et al. 123, Pyrah et al. 136, Wallensten 161).

Restbeschwerden nach der Operation wegen eines Ulkus geben 43 % aller Operierten an (Abb. 10, Tab. VIII).

		Gesamt-Operierte		operierte M ä n n e r		operierte F r a u e n	
		223	100 %	181	100 %	42	100 %
Restbeschwer- den	stark	31	13,9	27	14,9	4	9,5
	gering	65	29,1	56	30,9	9	21,4
Erbrechen		27	12,1	23	12,7	4	9,5
Magendruck		58	26,0	48	26,5	10	23,8
Unverträglichkeit		107	47,9	87	48,0	20	47,6
zahlreiche Mahlzeiten		80	35,8	67	37,0	13	30,9
Gewicht-	Zunahme	116	52,0	102	56,3	14	33,3
	- Abnahme	54	24,2	43	23,7	11	26,1

Tabelle VIII

Frage 16: nach der Operation

Auch für die Prozentzahlen der Restbeschwerden lassen sich eine Reihe vergleichbarer Zahlen bei anderen Autoren finden (Hackethal 57, Lindenschmidt 105, 106, Hotz 79, Weinstein et al. 164) - insbesondere für die "starken" Beschwerden mit 14 %. Hierzu wird von den Autoren mit Nachdruck betont, daß zwar ein Teil der Operierten Restbeschwerden haben, daß sie aber trotzdem den postoperativen Zustand als wesentlich besser gegenüber demjenigen vor der Operation empfinden (Hackethal 57, Lindenschmidt 107), ja sich meist sogar als geheilt betrachten (Nidecker 125), zum Teil auch trotz Beschwerden voll leistungsfähig sind und sich hinsichtlich ihrer Lebensweise "keinen Zwang antun" (Lindenschmidt 106). Auch unter unseren Patienten haben eine ganze Reihe die wesentliche Erleichterung ihres Zustandes durch die Operation in einem zusätzlichen Schreiben hervorgehoben.

Im einzelnen werden folgende Restbeschwerden genannt:

Unverträglichkeit von Speisen	47,9 %
(davon namentlich erwähnt Süßspeisen-	
Unverträglichkeit 6,7 %)	

Notwendigkeit zu zahlreichen Mahlzeiten	35,8 %
Magendruck	26,0 %
Erbrechen	12,1 %
Verdauungsstörungen (Durchfälle, Übelkeit, Leber-Gallestörungen, Bauch- und Narbenschmerzen)	14,9 %
Schwäche, Herz- und Kreislaufstörungen	7,5 %

Der hohe Prozentsatz von Unverträglichkeitsbeschwerden bei annähernd 50 % der Operierten findet Parallelen zu Literaturangaben: Mehlspeisen-Fett-Unverträglichkeit 44 % (Lindenschmidt 106), Milch-Süßspeisen-Unverträglichkeit 30 % und 36 % (Roth et al. 141, Nidecker 125, Hauswirth et al. 58). Auch die Notwendigkeit zu zahlreichen Mahlzeiten mit gelockerter Diät wird genannt, wenn auch seltener als bei unserer Nachfrage von 20 % (Nissen 126).

Magendruck entspricht mit 29,7 % (Lindenschmidt 106) etwa unseren Angaben, desgleichen wird eine ähnliche Frequenz für das Erbrechen bei 11 % (Széll 146) bzw. 9,5 % (Lindenschmidt 106) genannt. Mit der Häufigkeit von verschiedenen Verdauungsstörungen lassen sich Beobachtungen von Aufstoßen und Meteorismus bei 14 % (Széll 146), sowie dem Dumping-Syndrom bei 5 - 20 % (Garrabé - Godier 52) einer Untersuchung vergleichen; ferner die Neigung zu Durchfällen von rund 8 % (Lindenschmidt 106, Hackethal 57, Weinstein et al. 164) und abdominalen Schmerzen bei 5 - 14 % (Weinstein et al. 164, Lindenschmidt 106, Széll 146).

Lediglich für das Symptom "Schwäche" konnten wir keine analogen Angaben finden, nur eine wesentlich höhere Beteiligung von 56 %, allerdings in einer Arbeit, die nur 1 Jahr Nachschauzeit umfaßt (Roth et al. 141). Dazu ist einschränkend zu sagen, daß 25 % der postoperativen Beschwerden - hier denken wir an Schwäche und leichte Ermüdbarkeit - infolge der Anpassung des Organismus an Intensität abnehmen sollen, je länger die Operation zurückliegt (Weinstein et al. 164, Berg 9).

Andererseits wird in einer eher unseren Gegebenheiten entsprechenden Arbeit von einer Minderung der allgemeinen Leistungsfähigkeit - die wohl als Ausdruck einer Schwäche gedeutet werden kann - bei 21,8 % der über 500 operierten Ulkuspatienten gesprochen (Lindenschmidt 106).

Ein gewisser Gradmesser für das Wohlbefinden, bzw. den Allgemeinzustand gerade des Magenkranken kann in dem Verhalten des Körpergewichts nach der Magenoperation gesehen werden. Dabei haben wir von 52 % der Operierten eine Gewichtszunahme zu verzeichnen:

postoperative Gewichtszunahme:	56,3 % Männer
	33,3 % Frauen.

Eine Gewichtsabnahme nach der Operation stellten dagegen nur 24 % unserer Patienten fest, wobei kein wesentlicher Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten vorhanden ist.

Mit diesen Ergebnissen über das Verhalten des Körpergewichts nach der Operation steht unsere Untersuchung im Gegensatz zu einer Reihe chirurgischer Nachuntersuchungen, die bei einem erheblichen Teil von Magenresezierten (Henning et al. 65), bei etwa 30 % (Krieger 97), bei 60 % (Fischermann et al. 47), ja sogar bei 80 % von Gewichtsverlust bzw. Untergewicht (Fodor et al. 50) berichten. Der Gewichtsverlust sei umso größer, je ausgedehnter die Resektion des Magens ist (Johnston et al. 83), oder umgekehrt ausgedrückt: die Nahrungsausnützung verhält sich direkt proportional der Größe des Magenrestes (Fischer 46). Allerdings finden sich auch Angaben, die den unseren ähneln (Scholefield 147, Karamyšev 90) bzw. nur bei 12 % der Patienten Gewichtsabnahme und öfter nennenswerte Gewichtszunahmen verzeichnen (Hoffmann 72). Verantwortlich für die fehlende Gewichtszunahme bzw. den Gewichtsverlust seien möglicherweise die Koordinationsstörung zwischen der Magenentleerung einerseits, der Gallen- und Pankreassekretion andererseits, die zu einer mangelhaften Fett- und Eisenresorption führen (Kiekens et al. 93).

Zusammenfassend können wir über den Fragenkomplex "Restbeschwerden" sagen, daß unsere Untersuchungsergebnisse im wesentlichen denen anderer Autoren entsprechen, im Verhalten des Körpergewichts eher günstiger liegen.

Frage 17

"Haben Sie jemals Darmblutungen gehabt? Dunklen Blutungsstuhl (Teerstuhl) - oder haben Sie Blut erbrochen? Waren die Darmblutungen häufig? Waren sie die erste Ursache für die Krankenhausbehandlung oder für die Operation?"

Die Ergebnisse zeigen Abb. 11 und Tab. IX.

	Gesamt 370	Männer 274	Frauen 96
Darmblutungen	44 - 11,9 %	35 - 12,8 %	9 - 9,4 %
Blutungsstuhl	63 - 17,0	51 - 15,3	12 - 12,5
Blut erbrochen	39 - 10,5	33 - 12,0	6 - 6,2
Darmblutungen häufig	23 - 6,2	18 - 6,5	5 - 5,2
Ursache f. Krankenhaus	35 - 9,5	26 - 9,5	9 - 9,4
Ursache f. Operation	27 - 7,3	24 - 8,7	3 - 3,7

Tabelle IX

Wie bereits unter dem Abschnitt "Diagnose" (Frage 4) besprochen, sind die 9,5 % Magen-Darmblutungen nur ein Teilergebnis, bzw. als erstes Krankheitszeichen aufzufassen, das zur Diagnostizierung des Ulkus führte. Denn hier, unter Frage 17, ist nach anderen Blutungszeichen gefahndet, und es ergeben sich insgesamt etwa 40 % Angaben (Abb. 13): Darmblutungen 12 %, Blutungsstuhl 17 %, Blut-erbrechen 10 % mit deutlich höherer Frequenz bei den männlichen Patienten. Auch hier liegen die Literaturangaben zwischen 10 und 25 % (Henning 63, Levison 104, Malmros et al. 114, Martin et al. 116, Schüler et al. 151, Flood et al. 49), ja sogar 50 % bei höheren Altersklassen (Friedman 51). Unsere 40 % Magen-Darmblutungen müssen jedoch eingeschränkt werden, da wahrscheinlich jede akute Phase des Ulkus mit leichteren Blutungen (z.B. Blut im Stuhl) einhergeht, und diese deshalb auch nicht als Komplikation aufzufassen sind (Hetényi 67). Die massiven Blutungen sind seltenere Ereignisse und wohl bei unseren 9,5 % "Blutung als Eingangsdiagnose" gegeben. Die Angabe "häufige Magen-Darmblutungen" machen 6,2 % unserer Kranken.

Frage 18

"Wenn ohne Operation eine wesentliche Besserung eingetreten ist - worauf führen Sie sie zurück? Hausarztbehandlung - Krankenhausbe-

handlung - Änderung der Lebensweise - Diät - andere Maßnahmen?"

Diese Frage wendet sich an die konservativ Behandelten, die 39,7 % unseres gesamten Krankengutes ausmachen: davon sind:

63,2 % (93) Männer,
36,7 % (54) Frauen.

Maßnahmen, die dieser Patientengruppe wesentliche Besserung brachten, waren:

Diät	44,2 %
Krankenhausbehandlung	38,0 %
Hausarztbehandlung	28,5 %
Änderung der Lebensweise	23,7 %
"seelische Entspannung"	8,2 %
Rauchen eingestellt	3,4 %
andere Maßnahmen	18,7 %

(Dazu Abb. 12 und 13, Tab. X).

Konservativ	G e s a m t		M ä n n e r		F r a u e n	
	147	100 %	93	100 %	54	100 %
Hausarzt	42	28,5	27	29,0	15	27,7
Krankenhaus	56	38,0	36	38,7	20	37,0
Änderung d. Lebensweise	35	23,7	22	23,6	13	24,0
andere Maßnahmen	44	29,9	-	-	-	-
Diät	65	44,2	41	44,0	24	44,4
Besserung durch <u>ja</u>	104	70,7	68	73,1	36	66,6
Diät <u>nein</u>	11	7,4	4	4,3	7	12,9
erst ohne Diät, dann Besserung <u>ja</u>	70	47,6	45	48,3	25	46,2
durch Diät <u>nein</u>	19	12,9	11	11,8	8	14,8
sehr streng	17	11,5	9	9,6	8	14,8
Diät streng	24	16,3	12	12,9	12	22,2
gelockert	57	38,7	40	43,0	17	31,4

Tabelle X

Frage 18: Wesentliche Besserung ohne Operation

Für unser Thema wichtig ist die Tatsache, daß die Diät bei annähernd der Hälfte der konservativ Behandelten eine wesentliche Besserung brachte - der Prozentsatz ist sogar höher bei der betonten zusätzlichen Frage: Besserung erst nach Umstellung auf Diät:

47,6 %.

Dagegen erfuhren 12,9 % keine Besserung der Beschwerden durch Diät.

Die Gegenüberstellung der Ergebnisse der männlichen und weiblichen Kranken zeigt bei den Frauen ungünstigere Zahlenverhältnisse als bei den Männern:

	M ä n n e r	F r a u e n
Besserung durch Diät	73,0 %	66,6 %
keine Besserung	4,3 %	12,9 %

Im einzelnen erhielten wir folgende Angaben zur Frage, wie streng die Diät gehalten wird:

D i ä t	G e s a m t	M ä n n e r	F r a u e n
gelockert	38,7 %	43,0 %	31,4 %
streng	16,3 %	12,9 %	22,2 %
sehr streng	11,5 %	9,6 %	14,8 %

Auch hier sind die Zahlen bei den Frauen ungünstiger als bei den Männern, dadurch, daß ein wesentlich höherer Prozentsatz "strenge" und "sehr strenge" Diät einhält.

Die Bedeutung der Diät für die Therapie des Ulkusleidens ist im wesentlichen unbestritten (Henning 62, Gutzeit 55, Martini 117, Katsch et al. 91, Boller 16, Norpoth 127).

Neben der direkten Wirkung im Sinne einer Beeinflussung der begleitenden Gastritis (Flood 48) wird ihr auch ein pädagogischer Zweck zugeschrieben (Aschenbrenner et al. 4). Hieraus ergibt sich ein für die Spätprognose des Ulkusleidens wichtiger Gesichtspunkt, der auch durch unsere Untersuchungsergebnisse beleuchtet wird, nämlich der Führung des Patienten: sei es durch die ärztliche Betreuung oder durch eine äußere und innere Ordnung, die der Patient

selbst seinem Leben zu geben vermag, nachdem er über die Art der Krankheit durch den Arzt belehrt wurde. So kann man die Maßnahmen, die zur Besserung führten, zusammenfassen unter solchen, wo die Initiative beim behandelnden Arzt sowie äußeren Faktoren liegt, und solchen, wo die Aktivität beim Kranken selbst zu suchen ist; zur ersten Gruppe gehören Krankenhaus- und Hausarztbehandlung, während die Diät bereits zur zweiten Gruppe zu zählen ist: der Änderung der Lebensweise, der seelischen Entspannung, der Abstinenz vom Rauchen u.a.

Zu diesem Punkt, der Führung des Patienten, finden sich eine Reihe von Veröffentlichungen, die auf die Nachsorge des wegen eines Ulkus behandelten bzw. operierten Patienten größten Wert legen (Gutzeit 55, Henning 61, Chaikin 28, Althausen 2, Lindenschmidt 107, Hauswirth et al. 58, Hillemand et al. 69, Pullmann 134, Bingham 10, Dorn 38, Martini 117, Mogena 121), und die eine Prophylaxe von Rezidiven weitgehend mit dieser ärztlichen Betreuung in Zusammenhang bringen (Malmros et al. 114).

Die Zahlen für die Besserung durch Krankenhausbehandlung und Hausarzt von insgesamt 66,5 % bestätigen die Bedeutung der Betreuung durch den Arzt, während aus den 35 % der konservativen Patienten-Gruppe (voran die Änderung der Lebensweise mit 23,7 % seelische Entspannung und Rauchabstinenz) die Bedeutung der persönlichen Aktivität des Patienten hervorgeht - die Diät bzw. ihre Einhaltung ist z.T. auch eine Frage des persönlichen Willens. Hierzu ist eine Arbeit aufschlußreich, die eine deutliche Differenz des Behandlungserfolges bei Privat- und Kassenpatienten zeigt, wobei die Privatpatienten weit bessere Ergebnisse aufweisen aufgrund intensiverer, d.h. konsequenterer Initiative zur Gesundung, sowohl vom Patienten selbst wie von der Kontrolle durch den Arzt (Miller et al. 120). Damit ist der seelischen Komponente der Erkrankung Rechnung getragen. Es spielen emotionelle Faktoren eine große, wenn nicht gar entscheidende Rolle bei der Auslösung der einzelnen Ulkusschübe nach Ansicht vieler Autoren (Henning 63, Bingham 10, Chaikin 28, Flood et al. 49, Norpoth 127, Martini 117). Daraus ergibt sich für die Spätprognose die Konsequenz, daß beim Ulkuspatienten alles versucht werden muß, um diesem seelischen Faktor - der allerdings nicht

bei allen Ulkusfällen die erste Rolle spielt - den Boden zu entziehen; es sollte bei den intelligenten Patienten die Aufmerksamkeit auf eine seelische Hygiene und Ordnung ihrer Lebensverhältnisse gelenkt werden, während bei den anderen Patienten der Arzt stellvertretend dieses ordnende Element in das Leben des Ulkuskranken einführen müßte durch eine Nachsorge nach Abklingen der akuten Phase.

Frage 19

"Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Herzkrankheiten, Lebererkrankung, Gallenblasenerkrankung - oder haben Sie vor der Magen-erkrankung schon durchgemacht: Gelbsucht, Lebererkrankung, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, Bauchspeicheldrüsenentzündung?"

Die Frage 19 ist im Hinblick auf gleichzeitig vorhandene Krankheiten gestellt. Dabei stehen die Herzerkrankungen mit etwa 20 % aller Erkrankungen an der Spitze, wobei die chirurgisch Behandelten stärker betroffen sind. Das weibliche Geschlecht, mit 36 % der chirurgischen Fälle, ist fast doppelt so stark beteiligt als das männliche (Tabellen XI und XII). In der Literatur finden sich Angaben von Herzsymptomen, die im Ekg bis zu 4 Jahren post operationem feststellbar waren, und zwar bei solchen Patienten, die am sogenannten Dumping-Syndrom litten (Peddie et al. 130). Auch eine Neigung zu orthostatischen Kreislaufstörungen ist beschrieben worden bei operierten Ulkuspatienten (Schrade et al. 149); von anderer Seite wurde auf arteriosklerotische Veränderungen am Gefäßsystem hingewiesen, die sowohl für die Herz- wie für die Ulkuskrankheit ursächlich bedeutsam sein sollen (Spang 144); die Besserung der Ulkusbeschwerden ging mit derjenigen der Herzerkrankung parallel, und umgekehrt wurde das Ulkusleiden manifest, wenn die Herzerkrankung einen chronischen Verlauf nahm (Klein et al. 94). Das Durchschnittsalter dieser Patienten war 63 Jahre. Für die Spätprognose ist der Entstehungsmodus des Ulkus infolge arteriosklerotischer Veränderungen für einen Teil der Patienten sicher wichtig. Er belastet die Spätprognose der älteren Menschen erheblich und kann therapeutisch kaum beeinflußt werden. Nach einer anderen Darstellung heilen diese Altersulzera bei energiereicher

scher interner Behandlung rasch und vollständig ab (Kalk 88).

Es ist auffallend, daß die Frequenz der Herzerkrankungen mit 20 % gleich groß ist wie diejenige der Leber- und Gallenblasenerkrankungen. Eine mit dem Magenleiden vergesellschaftete Leber- und Gallenblasenerkrankung ist naheliegend wegen der entwicklungsgeschichtlichen und anatomischen Beziehungen, die zwischen diesen Oberbauchorganen bestehen (Boller 13). Auch hier wie bei den Herzerkrankungen ist das weibliche Geschlecht stärker durch eine Beteiligung von Leber- und Gallenblase, insbesondere bei den operierten Kranken, belastet.

Bereits v o r der Magenerkrankung haben 20 % aller Patienten eine Lebererkrankung durchgemacht, Cholelithiasis und Cholezystitis werden zwischen 5 und 7 % angegeben:

	G e s a m t <u>in</u> %			M ä n n e r		F r a u e n		
	int.	chir.		int.	chir.	int.	chir.	
Gelbsucht	15,2	14,2	15,7	11,8	11,0	18,5	35,7	
Lebererkrankung	5,1	5,4	4,9	4,3	4,4	7,4	7,1	
Cholecystitis	6,7	8,2	5,8	4,3	3,3	14,8	16,7	
Cholelithiasis	4,9	4,1	5,4	1,0	3,3	9,3	14,3	
Pancreatitis	2,4	2,0	2,7	2,1	2,2	1,9	4,7	

Die Literatur zu diesem Fragenkomplex ist ziemlich reichhaltig, wenn auch nicht einheitlich. Es überwiegen die Arbeiten, die einen Zusammenhang der Ulkuserkrankung mit Leber- und Gallenblasenstörung aufzeigen konnten (Trautwein et al. 155), wenn auch mehr in dem Sinne einer Folgeerscheinung von Leber- und Gallenblasenaffektion nach Ulkusleiden (Brambor 18, Bauer 7). Für eine Pankreaserkrankung vor dem Ulkus gibt unser Untersuchungsmaterial keine Anhaltspunkte; wir möchten aber ausdrücklich darauf hinweisen, daß gerade die Klärung dieser Zusammenhangsfrage wesentlich von den Möglichkeiten einer optimalen Pankreasdiagnostik abhängt, so daß unter Umständen hier nicht voll gültige Ergebnisse wie vergleichsweise aus speziellen pankreasbiologischen Instituten vorliegen. Als eine besondere Verlaufsform bei der Ulkuserkrank-

heit wurde bei etwa 30 % der Fälle eine Einbeziehung der Leber- und der Gallenwege beschrieben (Kalk 88) - auch von einer Dyskinesie der Gallenwege wird berichtet (Vanier 158, Bucko 26). Nach einer anderen Untersuchung disponieren Erkrankungen des Magen-Darm-Kanals zur Hepatopathie (Bauer 7). Ferner wurden als Ausdruck einer Hepatitis bei 15 % von 112 Ulkuskranken eine Lebervergrößerung mit Konsistenzvermehrung und Schmerzhaftigkeit mit einer gleichzeitigen Regulationsstörung des Kohlenhydratstoffwechsels gedeutet (Abramovič et al. 1). Der Beweis, daß es sich dabei wirklich um Hepatitis gehandelt hat, erscheint uns aber nicht erbracht.

Bei 40 % von 500 Magenkranken bestanden Hinweise auf Leberschäden, die dem Untersucher jedoch nicht deutlich für eine Konzidenz beider Erkrankungen zu sein schien (Wortmann 172). Eine andere Mitteilung konnte in 7 Fällen bei bestehender Leberzirrhose eine ungünstige Beeinflussung durch die Magenresektion feststellen (Dittrich et al. 34). Aus einer weiteren Veröffentlichung geht hervor, daß eine Beziehung besteht zwischen Ulkuskrankheit und Leberzirrhose (Arzua Zulaica 3). Bei 10 % der Ulkuskranken einer Untersuchung ergab sich eine gleichzeitig bestehende Cholelithiasis (Wenderoth 170), die von einem anderen Autor nicht bestätigt werden konnte (Chapa et al. 4).

Gleichzeitig, also zur Zeit der Befragung, bestand mit dem Ulkusleiden eine Lebererkrankung bei rund 12 % aller Kranken, bei etwas höherer Beteiligung der chirurgischen (14,8 %) und etwas geringerer Beteiligung der konservativen Fälle (11,5 %) (Tabellen XI und XII).

operierte Fälle		G e s a m t		operierte Männer		operierte Frauen	
		223	100 %	181	100 %	42	100 %
Herz		49	22,0	34	18,8	15	35,7
Leber		33	14,8	22	12,1	11	26,2
Gallenblase		35	15,7	24	13,2	11	26,2
vor der Ma- gen- er- kran- kung	Gelbsucht	35	15,7	20	11,0	15	35,7
	Leber	11	7,9	8	4,4	3	7,1
	Choleli- thiasis	12	5,4	6	3,3	6	14,3
	Cholecy- stitis	13	5,8	6	3,3	7	16,7
	Pankreatitis	6	2,7	4	2,2	2	4,7

Tabelle XI

Frage 19: Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

konservative Fälle		G e s a m t		M ä n n e r		F r a u e n	
		147	100 %	93	100 %	54	100 %
Herz		28	19,0	14	15,0	14	26,0
Leber		17	11,5	11	11,8	6	11,1
Gallenblase		18	12,2	10	10,7	8	14,8
vor der Ma- gen- er- kran- kung	Gelbsucht	21	14,2	11	11,8	10	18,5
	Leber	8	5,4	4	4,3	4	7,4
	Choleli- thiasis	6	4,1	1	1,0	5	9,3
	Cholezy- stitis	12	8,2	4	4,3	8	14,8
Pankreatitis		3	2,0	2	2,1	1	1,9

Tabelle XII

Frage 19: Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

Bei der Differenzierung der Geschlechter zeigten die Werte für die operierten Frauen eine doppelt so hohe Frequenz der Lebererkrankung und Gallenblasenentzündung.

in %	G e s a m t			M ä n n e r		F r a u e n	
	int.	chir.		int.	chir.	int.	chir.
Lebererkrankung	13,5	11,5	14,8	11,8	12,1	11,1	26,2
Cholezystitis	14,4	12,2	15,7	10,7	13,2	14,8	26,2

Nach einer Reihe von Untersuchungen soll die Magenoperation für Leber- und Gallenblasenerkrankungen disponieren (Henning 63, Hackethal 57, Dittrich et al. 35, Lenzenweger 103, Maggi et al. 113, Poli 133), besonders wenn ein Ulcus duodeni den Anlaß zur Operation gab (Hoerstke 71). Dies läßt sich aus der Gegenüberstellung unserer internistischen und chirurgischen Fälle im allgemeinen nicht bestätigen, wenn man die bedeutende Erkrankungshäufigkeit bereits v o r dem Ulkusleiden bei unseren Kranken berücksichtigt. Besonders bei den Frauen, die später operiert wurden, ergibt sich ein hoher Prozentsatz von Leber- bzw. Gallenblasenstörungen vor der Magenoperation (Abb. 15).

Frage 20

"Nehmen Sie Medikamente ein?"

Der Bedarf an Medikamenten wirft ein Licht auf die Spätprognose insofern, als die Patienten abhängig von diesen werden (Tab. XIII und XIV). 25 % unserer Patienten nehmen "Magentabletten". Eine Gegenüberstellung der konservativ und chirurgisch Behandelten zeigt eine bedeutend höhere Zahl von internistischen Fällen, fast 50 % gegenüber nur 16,1 % der chirurgischen Fälle, die "Magentabletten" einnehmen. Dabei sind es 47,3 % Männer (konservativ) gegenüber nur 29,6 % Frauen (konservativ).

operierte Fälle	G e s a m t		M ä n n e r		F r a u e n	
	223	100 %	181	100 %	42	100 %
Magentabletten	36	16,1	30	16,5	6	14,2
Spasmolytica	31	13,9	25	13,8	6	14,2
Antacida	16	7,1	10	5,5	6	14,2
Salzsäureersatz	47	21,1	36	19,8	11	26,2
Laxans	44	19,7	32	17,6	12	28,5

Tabelle XIII

Frage 20: Nehmen Sie Medikamente ein?

konservative Fälle	G e s a m t		M ä n n e r		F r a u e n	
	147	100 %	93	100 %	54	100 %
Magentabletten	60	40,8	44	47,3	16	29,6
Spasmolytica	16	10,8	11	11,8	5	9,2
Antacida	39	26,5	28	30,1	11	20,3
Salzsäureersatz	8	5,4	6	6,4	2	3,7
Laxans	33	22,4	15	16,1	18	33,3

Tabelle XIV

Frage 20: Nehmen Sie Medikamente ein?

Spasmolytika werden von einer etwas größeren Anzahl Operierter genommen, um 14 %, gegenüber etwa 11 % der internistischen Fälle.

Antazida nehmen, wie zu erwarten, wenige der Magenoperierten (7 %), während rund 26 % der konservativ Behandelten, bei niedrigerem Anteil der weiblichen Patienten, Antazida benutzen.

Mittel zum Salzsäure-Ersatz dagegen nehmen fast 20 % der operierten Männer und 26,2 % der operierten Frauen - nur 6,4 % der kon-

servativen Männer, sowie 3,7 % der konservativen Frauen.

Zu dem Bedarf dieser Medikamente standen keine vergleichbaren Literaturangaben zur Verfügung.

Für die Frage der Laxantien gibt es den Hinweis auf die den Ulkusschub begleitende spastische Obstipation (Kalk 88), sowie die Angabe der Obstipationsneigung bei 3,3 % von über 500 Operierten (Hackethal 57), der die Patienten durch die Einnahme von Laxantien zu begegnen trachten.

20 % unserer Patienten nehmen Abführmittel. Hier überwiegen entschieden die Frauen, insbesondere die konservativ behandelten: 33,3 % Frauen gegenüber etwa 16 % Männern nehmen Laxantien. Es ist aber bekannt, daß das weibliche Geschlecht insgesamt mehr zu Obstipation neigt auch ohne Magenerkrankungen.

Frage 21

"Ihr Beruf?"

Die Frage 21 betrifft die Berufe, die unter den Ulkuskranken vertreten sind. Hier fanden wir ähnliche Prozentzahlen, wie sie eine englische Untersuchung beschreibt (Avery 5) - jedoch scheinen uns daraus Rückschlüsse auf eine "Begünstigung" der Entstehung des Ulkusleidens durch bestimmte Berufe als nicht gerechtfertigt (Kalk 89, Doll et al. 36).

Angehörige folgender Berufsgruppen:

<u>274 Männer</u>		<u>96 Frauen</u>	
technische Berufe	30,0 %	Hausfrauen	39,5 %
Angestellte	22,2 %	Handwerkerinnen	17,5 %
Handwerker	17,2 %	kaufm. Angestellte	13,5 %
selbständige Kaufleute	6,5 %	Rentnerinnen	14,5 %
Hilfsarbeiter	5,4 %	Hilfsarbeiterinnen	2,1 %
Rentner	6,9 %	Akademikerin	1,0 %
Akademiker	4,0 %		
Künstler	0,7 %		

Frage 22

"Beeinflußt die Magenerkrankung - wenn sie nicht ausgeheilt ist - entscheidend Ihr Leben und Ihren Beruf? Haben Sie Ihre Lebensgewohnheiten umstellen müssen - wurden Sie wegen dieser Erkrankung arbeits- oder berufsunfähig - haben Sie den Beruf wechseln müssen - beziehen Sie wegen dieser Erkrankung eine Rente - wie hoch ist gegebenenfalls die Erwerbsminderung?"

Die Frage 22 gibt Aufschluß über die Rückwirkung, die die Magenerkrankung auf die Lebensgewohnheiten der Patienten hatte. 35 % aller Patienten bejahen einen entscheidenden Einfluß auf Leben und Beruf; etwa gleichviel Patienten verneinen einen solchen Einfluß. Hier zeigt sich, daß die Zahl derjenigen, die durch die Ulkuskrankheit in ihren Lebensgewohnheiten und im Beruf nicht beeinträchtigt sind, bei den konservativen Fällen deutlich größer ist, während die Verhältnisse bei denjenigen, die eine Beeinträchtigung ihres Lebens und Berufes durch das Magenleiden angeben, bei beiden Behandlungsarten etwa gleich sind. (Abb. 15, Tab. XV und XVI).

operierte Fälle	G e s a m t		operierte M ä n n e r		operierte F r a u e n	
	223	100 %	181	100 %	42	100 %
Leben						
und <u>ja</u>	79	35,4	72	40,0	7	16,6
Beruf <u>nein</u>	64	28,7	51	28,1	13	30,9
Lebensgewohn-						
heiten um- <u>ja</u>	92	41,2	77	42,5	15	35,7
stellen <u>nein</u>	83	37,2	72	40,0	11	26,2
Arbeitsunfähigkeit	53	23,7	45	24,8	8	19,0
Berufsunfähigkeit	34	15,2	30	16,5	4	9,5
Berufswechsel	31	13,9	28	15,4	3	7,1
Rente	61	27,3	55	30,4	6	14,3

Tabelle XV

Frage 22: Einfluß der Magenerkrankung, wenn sie nicht ausgeheilt ist, auf:

konservative Fälle		G e s a m t		operierte M ä n n e r		operierte F r a u e n	
		147	100 %	93	100 %	54	100 %
Leben	<u>ja</u>	50	34,0	37	39,7	13	24,0
und	<u>nein</u>	57	38,8	37	39,7	20	37,0
Beruf							
Lebensgewohn-	<u>ja</u>	47	32,0	35	37,6	12	22,2
heiten um-	<u>nein</u>	68	46,2	42	45,1	26	48,0
stellen							
Arbeitsunfähigkeit		27	18,4	15	16,1	12	22,2
Berufsunfähigkeit		7	4,8	4	4,3	3	5,5
Berufswechsel		10	6,8	8	8,6	2	3,9
Rente		15	10,2	12	13,0	3	5,5

Tabelle XVI Frage 22: Einfluß der Magenerkrankung, wenn sie nicht ausgeheilt ist, auf:

Die Angaben zur Frage "Arbeitsunfähigkeit" liegen bei 20 % aller Patienten (Abb. 16).

Die Gegenüberstellung der chirurgischen und internen Fälle ergibt einen höheren Prozentsatz bei den chirurgischen (23,7 %) und einen niedrigeren bei den konservativen Patienten (18,4 %). Von diesen sind 16,1 % Männer, dagegen 23,2 % Frauen (Tab. XV und XVI).

In der Literatur findet man hierzu divergierende Angaben; auch sind Überschneidungen mit dem Begriff "Invalidität" vorhanden.

Prozentzahlen zur Frage der Arbeitsunfähigkeit werden fast ausschließlich in chirurgischen Nachuntersuchungen genannt. Sie liegen zwischen 3,4 % und 20 % (Weir et al. 165, Hackethal 57, Patel et al. 129, Lindenschmidt 106, Bjørneboe 11). Dagegen geben internistische Autoren, vermutlich an einem negativ ausgelesenen Material (zu ihnen kommen die Operierten, die keinen Gewinn durch die Operation davontrugen) bis zu 50 % Patienten an (Boller 15, Katsch et al. 91, Koelsch 96, Lindenschmidt 107, Palmer 128), bei denen Arbeitsunfähigkeit besteht (Poli 133, Henning et al. 60). Auch wird von dieser Seite von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei 25 bis 35 % der Operierten berichtet (Kalk 89) bzw. daß die

Zahl der Arbeitsfähigen durch die Operation nicht erhöht wird und eher die Überzeugung bei den Operierten angestößt wird, daß sie durch die eingreifende Therapie nunmehr Invalide sind (Sanning et al. 64, Boller 15); daß sie tatsächlich zu vorzeitiger Invalidität führen kann (Zitat bei Kalk 80), woran auch die Operationen nichts zu ändern vermochten (Wenderoth 170).

Von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit anlässlich der Gewährung von Heilverfahren sind nach einer umfassenden chirurgischen Nachuntersuchung etwa 10 - 12 % jährlich betroffen. Hieran wird die Folgerung geknüpft, daß diese postoperativen Heilverfahren für die Soziallastenträger nicht so aufwendig und belastend seien wie die häufigen Arbeitsausfälle und die notwendigen internistischen Kuren für die nichtoperierten Pileuskranken (Lindenschmidt 106).

Zur Berufsunfähigkeit führte das Magenleiden bei 18,8 % der chirurgisch und 2,3 % der konservativ behandelten Männer (Abb. 10, Tab. XV und XVI). Bei den Frauen sind 9,8 % der chirurgischen und 5,5 % der konservativen Fälle von Berufsunfähigkeit betroffen. Demnach hat das Magenleiden sich bei den Männern einschneidender ausgewirkt als bei den Frauen. Auch bei den Angaben von Berufswechsel wird dies deutlich, zu dem fast doppelt so viel Männer als Frauen genötigt waren, 15,2 % gegenüber 7,7 % der chirurgischen und 8,6 % gegenüber 3,9 % der internen Fälle.

Hierzu ergab eine Arbeit (mit allerdings nur 1 Jahr Nachbeobachtung) von 100 Magenresezierten bei 48 Berufswechsel (19 mal wegen Schwäche und starker Ermüdung) - das waren fast 50 % (Roth et al. 141). Eine andere Untersuchung berichtet von 28 % Berufswechsel bei Schwerarbeitern zugunsten leichter Tätigkeit (Katzschew 80). Dagegen gibt die bereits mehrfach zitierte chirurgische Nachuntersuchung von 500 Operierten bei etwa 10 % Berufswechsel zu zugunsten "geregelter Tätigkeit" (Lindenschmidt 106).

Aus diesem Fragenkomplex der Einwirkung der Magenkrankung auf die Lebensgewohnheiten und den Beruf ergibt sich für unser Thema, daß trotz ärztlicher Bemühungen und der Anwendung aller verfügbaren Methoden beider Behandlungsrichtungen rund 10 % aller

Ulkuskranken zeit ihres Lebens besonders im Beruf erheblich belastet sind durch die Erkrankung. Auf der anderen Seite zeigen die divergenten Behandlungserfolge, wieviel gerade bei dieser Erkrankung von der Persönlichkeit des Arztes abhängt. Eine Arbeit zeigt dies deutlich, die dem Operierten das Bewußtsein des "Leidenden" zu nehmen versuchte, indem kurz nach der Resektion die Wiedereinführung der Vollkost eingeleitet wurde, was sich positiv auf das Lebensgefühl wie auf die Lebensgewohnheiten und die Leistungsfähigkeit der Patienten auswirkte. (Pullmann 134).

Wegen des Magenleidens sind 20 % unserer Patienten Rentenempfänger geworden. Unter ihnen sind 27,3 % der Operierten und 10,2 % der konservativen Fälle. Bei beiden Behandlungsarten sind die Zahlen der Frauen deutlich niedriger als die der Männer: 15 % der Operierten und 5 % der konservativ Behandelten (Abb. 16, 18 A, B und C; 19 und 20 - Tab. XVII, XVIII und XIX).

Für die Frage der Spätprognose sind rund 20 % der Ulkuskranken, die wegen des Magen-Darmleidens vorzeitig Rentner wurden, ein erheblich belastender Faktor. Auffallend ist dabei, daß unter den Operierten die Zahl der Rentner deutlich höher liegt (bei 27,3 %) als bei den konservativ Behandelten (mit 10,2 %) (Abb. 18 B und C).

Die Höhe der Berentung (Erwerbsminderung) zeigt Abb. 17 und die folgende Gegenüberstellung:

- 25 % der Rentner zwischen 20 und 40 % Erwerbsminderung
- 41 % der Rentner zwischen 50 und 100 % Erwerbsminderung.

Von den Rentenempfängern sind 80 % Magenoperierte, 20 % konservativ Behandelte (Abb. 18 A, 19 und 20 - Tab. XVII).

	G e s a m t		M ä n n e r		F r a u e n	
Rentner	76	100 %	67	100 %	9	100 %
nicht operiert	15	19,7	12	17,9	3	33,3
operiert	61	80,2	55	82,0	6	66,6

Tabelle XVII

Frage 22: Rente und Ulkus

Die Männer zeigen etwa die gleichen Zahlen, dagegen sind unter den Frauen nur etwa 65 % Magenoperierte und etwa 35 % konservative Fälle.

	G e s a m t		M ä n n e r		F r a u e n	
Operierte	223	100 %	181	100 %	42	100 %
Nicht Rentner	162	72,6	126	69,6	36	85,7
Rentner	61	27,3	55	30,3	6	14,2

Tabelle XVIII (s. Abb. 18 B)

	G e s a m t		M ä n n e r		F r a u e n	
nicht Operierte	147	100 %	93	100 %	54	100 %
Nicht Rentner	132	89,7	81	87,1	51	94,4
Rentner	15	10,2	12	12,9	3	5,5

Tabelle XIX (s. Abb. 18 C) Frage 22: Rente und Ulkus

Der relativ hohe Prozentsatz von Rentenempfängern (41,0 %) mit erheblicher Erwerbsminderung (50 - 100 %) bei unseren Kranken ist wohl durch die wesentlich längere Nachbeobachtungszeit bedingt.

Die Literaturangaben zur Berentung der Ulkuskranken sind nicht sehr zahlreich. Durchschnittlich sollen nach Magenresektion 20 - 30 % der Patienten eine Erwerbsminderung erleiden - 15 % sollen dauernd invalide bleiben (Köhler 95). Dagegen waren in einer anderen Untersuchung von über 600 Magenresezierten 8,8 % Rentenempfänger mit über 50 % Erwerbsminderung (Hackethal 57). In einer anderen Untersuchung wird mit nur etwa 2 % der Ulkuseksezierten gerechnet, die vorzeitig invalidisiert werden müssen (Lindenschmidt 106, Boller 14). Im Gegensatz dazu steht ein Hinweis von 40 % eines großen einheitlichen Krankengutes von Bahnbediensteten, die nach Magenoperation wegen Ulkus vorzeitig invalidisiert werden mußten (zitiert bei Kalk 89).

Nach einer internistischen Arbeit äußerten 18 % den Wunsch, vorzeitig invalidisiert zu werden, wobei die Gegenüberstellung zu

einer Vergleichsgruppe von Asthmatikern interessant ist, von denen nur 4 % die Invalidisierung anstrebten. Eine andere Gegenüberstellung ergab bei den Operierten Psychosen und psychoneurotische Symptome, was als Symptomverschiebung gedeutet wird (Browning et al. 23, Jores 85). Hieraus wird das für die Ulkusgenese gravierende Element der Persönlichkeit des Kranken deutlich, das bei einem Teil der Patienten in den Statistiken eine Rolle spielt und auch bei der Frage der Spätprognose mit einkalkuliert werden muß (Bsteh 24, Nidecker 125, Stammers 152).

Die nächste Frage nach dem jetzigen Zustand soll auf die Angaben der Rentenempfänger bezogen werden und ergibt das folgende Bild (Abb. 21):

beschwerdefrei	20 % der Rentner
mäßige Beschwerden	58 %
starke Beschwerden	18 %
Rezidiv	7 %
in ärztlicher Behandlung	40 %

Vorwegnehmend sollen die Ergebnisse der Rentner und des Gesamtkrankengutes bei der Frage nach dem jetzigen Zustand verglichen werden. Es zeigt sich, daß die Rentner (78 %) mit dem Bild eines "zufriedenstellenden Zustandes" (beschwerdefrei und mäßige Beschwerden zusammen betrachtet) deutlich gegenüber dem allgemeinen Zustandsbild benachteiligt sind; auch die unter dem "schlechten Zustand" zusammengefaßten starken Beschwerden und Rezidiv betreffen dreimal soviel Rentner als Kranke in dem Gesamtbild. Der Prozentsatz der in ärztlicher Behandlung stehenden Rentner ist auch deutlich höher als der der allgemeinen Ergebnisse.

Einschränkend muß gesagt werden, daß der Prozentsatz von "20 % beschwerdefrei" möglicherweise zu niedrig liegt; es zeigt sich hier eine deutliche Diskrepanz zwischen tatsächlichem Beschwerde-maß und der Einstufung bei der Berentung, was auch andere Autoren feststellten und deshalb eine Reform der Invalidisierung fordern (Lindenschmidt 107, Pullman 134).

Frage 23

"Wie ist Ihr jetziger Zustand? Beschwerdefrei - mäßige Beschwerden - starke Beschwerden - wieder ein Geschwür?
Stehen Sie zur Zeit wegen Ihres Magenleidens in ärztlicher Behandlung?"

Die letzte Frage gibt über den Zustand zur Zeit der Befragung Aufschluß (Abb. 22 - Tab. XX).

		G e s a m t		M ä n n e r		F r a u e n	
		370	100 %	274	100 %	96	100 %
beschwerdefrei		137	37,0	104	37,9	33	34,3
Beschwerden	mäßig	169	45,7	130	47,4	39	40,6
	stark	28	7,6	22	8,3	6	6,2
wieder Geschwür		16	4,5	13	4,7	3	3,1
wegen Magen	ja	92	24,9	71	25,9	21	21,9
in							
ärztl.Behdl.	nein	235	63,5	178	64,9	57	59,3

Tabelle XX

Frage 23: Wie ist Ihr jetziger Zustand?

Bemerkenswert erscheint hier, daß über ein Drittel unserer Patienten beschwerdefrei sind.

Über mäßige Beschwerden berichten etwa die Hälfte der Kranken. Dagegen haben weniger als ein Zehntel unter starken Beschwerden und etwa ein Zwanzigstel der Patienten unter einem Rezidiv zu leiden. Rund ein Fünftel unserer Befragten standen wegen des Magenleidens in ärztlicher Behandlung.

Die Gegenüberstellung der operativen und konservativen Behandlungsergebnisse aus der Sicht der Patienten beurteilt, ergibt folgendes Bild (Tab. XXI):

	<u>operativ (223)</u>			<u>konservativ (147)</u>		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
beschwerdefrei	41,2	42,5	33,3	33,3	30,1	38,8
mäßige Beschwerden	45,7	43,0	54,7	47,0	54,8	35,1
starke Beschwerden	8,0	8,8	4,6	7,5	6,5	9,2
Rezidiv	3,5	3,8	2,3	5,4	6,5	3,7
in ärztlicher Behandlung	26,9	27,0	26,1	23,2	25,8	18,8

Tabelle XXI

Im Hinblick auf die Beschwerdefreiheit sind die Ergebnisse bei den operierten Patienten deutlich günstiger als bei den konservativ Behandelten, wenn man das Gesamt betrachtet (Abb. 23 - Tab. XXI). Nicht so sieht es bei den Frauen aus, bei denen wesentlich weniger Magenoperierte als internistisch Behandelte beschwerdefrei sind (Abb. 24 - Tab. XXI). In ärztlicher Behandlung stehen z.Zt. der Nachfrage etwa gleichviel Patienten (rund 25 %). Bei den Frauen sind unter den Operierten ein höherer Prozentsatz vertreten, die in ärztlicher Behandlung stehen, als unter den intern Behandelten.

Betrachtet man dagegen die Ergebnisse "beschwerdefrei" und "mäßige Beschwerden" unter dem Gesichtspunkt des Krankheitszustandes als "zufriedenstellend" und die Angaben unter "starke Beschwerden" als "schlecht", so ergibt sich ein ziemlich ähnliches Bild für beide Behandlungsformen (Tab. XXII), das Prozentzahlen zwischen 80 % und 87 % zeigt mit einer starken Abweichung bei den konservativ behandelten Frauen, die nur 74 % zufriedenstellende Ergebnisse haben und doppelt soviel schlechte (9,2 %), als die magenoperierten Frauen (4,2 %). Im Gegensatz hierzu sind die Zahlen bei den Männern für beide Behandlungsarten annähernd gleich.

Zustand	<u>operativ</u>			<u>konservativ</u>		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
zufriedenstellend	86,9	85,5	88,0	80,3	84,9	73,9
schlecht	8,0	8,8	4,6	7,5	6,5	9,2

Tabelle XXII

V. ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen, einen Beitrag zur Frage der Spätprognostik von *Ulcus ventriculi* und *Ulcus duodeni* (unter besonderer Berücksichtigung des Standpunktes des Patienten) zu geben. Zu diesem Zweck wurde an frühere Patienten ein Fragebogen verschickt, in dem in 23 Gruppen verschiedene Einzelfragen gestellt wurden. Diese Fragen waren so gehalten, daß die meisten mit "ja" oder "nein" beantwortet werden konnten und nur vereinzelt weitere Zusätze erforderlich waren. Weiter wurde dafür Sorge getragen, daß durch entsprechend gestellte Kontrollfragen die Richtigkeit der Angaben in verschiedenen Punkten überprüft werden konnte, ohne daß dies dem Beantworter erkennbar war.

Im Gegensatz zu zahlreichen früheren Bearbeitungen des Problems, mit Krankenblattauswertungen oder Nachuntersuchungen als Verfahren, wurde die Methodik des Fragebogens gewählt. Sie stellt (u.E. erstmals in dieser Form) die Angaben des Patienten in den Vordergrund. Damit tritt bei jahrzehntelangem Leiden die Schilderung des Krankheitsverlaufs durch ihn, mit allen Änderungen und Komplikationen, in den Mittelpunkt, wodurch wesentliche Hinweise für die Spätprognostik gewonnen werden. Andererseits wird dadurch die Möglichkeit gegeben, außerordentlich lange Krankheitsverläufe im Längsschnitt zu erfassen und sich damit von der vorwiegenden Betrachtung eines Augenblickbefundes (wie etwa bei Nachuntersuchungen zu einem bestimmten Zeitpunkt) zu lösen.

Von den insgesamt 1.740 Krankheitsfällen, die als Untersuchungsmaterial zur Verfügung standen, erwiesen sich trotz aller Bemühungen nur 370 (21,2 %) als auswertbar.

Die Patienten stammten aus vier Münchener Kliniken. Bei 60 % der Fälle handelte es sich um Magenoperierte, bei 41 % um konservativ Behandelte.

Zur Zeit der Nachfrage lag die Ersterkrankung mindestens 6 Jahre - im Durchschnitt 20 Jahre - zurück. Dabei wurde der Behandlungszeitraum von 1945 - 1956 erfaßt.

Die Ergebnisse der Auswertung wurden für jede Einzelfrage in tabellarischen Übersichten, Texterläuterungen und Schemazeichnungen dargestellt.

An wesentlichen Hinweisen ergeben sich:

Von allen Patienten sind weiterhin nach stationärer Behandlung:

- 35 % mit regelmäßig auftretenden Beschwerden belastet;
- 77 % mußten wiederholt während der Verlaufszeit ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen;
- 41 % der Patienten mußten sich zwei oder mehr Krankenhausbehandlungen unterziehen;
- 25 % aller Patienten machten Ulkusrezidive durch, davon
- 20 % bis zu vier Rezidive.

- 61 % der Magenoperierten erfuhren durch Magenoperation eine entscheidende,
- 23 % der Magenoperierten eine zumindest merkliche Besserung.
- 15 % der Magenoperierten wiesen einen schlechten Postoperativen Zustand auf, dazu
- 14 % starke Restbeschwerden. Dabei stehen in
- 48 % die Unverträglichkeit von Speisen an der Spitze. Bei
- 52 % der Patienten traten nach der Operation eine Gewichtszunahme, bei
- 24 % eine Gewichtsabnahme ein. Im Ganzen ist das Ergebnis bei den Frauen schlechter als bei den Männern:
- 9,5 % der Patienten gaben Blutungen,
- 6,0 % wiederholte Blutungen an. Bei den Perforationen ist die Prävalenz des männlichen Geschlechts mit
- 10 % stärker.

Bei den konservativ behandelten Patienten verdanken

- 23 % eine wesentliche Besserung ihres Krankheitszustandes einer Änderung ihrer Lebensweise. Ganz auffällig ist bei allen Aussagen die therapeutische Wirkung der Diät:
- 73 % aller männlichen und
- 66,6% aller weiblichen Patienten gaben eine Besserung durch Diät an. Diese Zahlen werden dadurch noch unterstrichen, daß bei

46,6 % der konservativen Patienten nach Anwendung anderer konservativer Maßnahmen ohne Diät erst dann Besserung erzielt wurde, als zusätzlich die Diät eingehalten wurde.

Dieses Ergebnis ist besonders beachtenswert im Hinblick auf die immer wieder publizierten Mitteilungen, die der Diät eine besondere Bedeutung abzusprechen versuchen. Die hier erhobenen Zahlen müssen jedenfalls als Grundlage dafür gewertet werden, daß die Diät auch weiterhin als integrierender Bestandteil einer konservativen Ulkusbehandlung anzusehen ist.

Bemerkenswert ist ferner, daß bei etwa

- 20 % der Ulkuskranken vor der Magenerkrankung eine Leberschädigung vorlag, bei
- 6 % vorher eine Cholezystitis oder Cholelithiasis bekannt war..

Einen entscheidenden Einfluß auf Lebensführung und Beruf durch die Erkrankung gaben

- 35 % aller Patienten an; bei
- 20 % aller Patienten lag zum Zeitpunkt der Befragung eine durch die Magenerkrankung bedingte Arbeitsunfähigkeit vor, wobei
- 17 % aller Patienten aufgrund des Magenleidens arbeitsunfähig waren und die konservativ behandelten Männer weniger betroffen waren. Insgesamt
- 20 % der Ulkuskranken mußten vorzeitig invalidisiert werden. Bei
- 40 % der Rentner liegt die Erwerbsminderung zwischen 50 und 100 %. Beachtenswert ist die Feststellung, daß trotz dieses hohen Anteils von Früh-Invalidität und trotz des hohen Prozentsatzes der Erwerbsminderung eine große Zahl der Rentner, nicht weniger als
- 78 % , einen beschwerdefreien oder beschwerdearmen Zustand angeben. Diese Divergenz in den Antworten auf die sich gegenseitig absichernden Fragen legt nahe, daß im Rahmen von routinemäßiger Einschätzung des Minderungsgrades eine höher als angemessene Ierentung erfolgt, die u.U. erheblich von dem tatsächlichen Befund des "Ulkusinvaliden" abweicht.

Beispielsweise kommt es wiederholt vor, daß Patienten, die aufgrund eines langanhaltenden Beschwerdezustandes bei niedriger MdE eine Operation durchmachen und anschließend gebessert oder beschwerdefrei sind, nachher eine weitaus höhere MdE zugesprochen erhalten.

Das Kollektiv der Rentner ist jedoch gegenüber den allgemeinen Krankengut durch einen erheblich schlechteren Gesamtzustand gekennzeichnet.

Somit ergibt sich, daß trotz aller Bemühungen von Chirurgie und Innerer Medizin der Verlauf des Ulkusleidens noch immer nicht so befriedigend einflußbar ist, daß der entscheidende, schicksalsbedingte Ablauf der "Ulkuskrankheit" zu einer günstigen Spätprognostik gewendet werden konnte.

Ein großer Teil der Erkrankten leidet an einem über Jahre oder Jahrzehnte sich hinziehenden, rezidivierenden und anhaltenden Beschwerdenbild, das immer wieder zu ärztlicher Behandlung, Arbeits- und Berufsunfähigkeit, zu vorzeitiger Invalidität und zu nicht unerheblichen, dauernden Beschwerden führt.

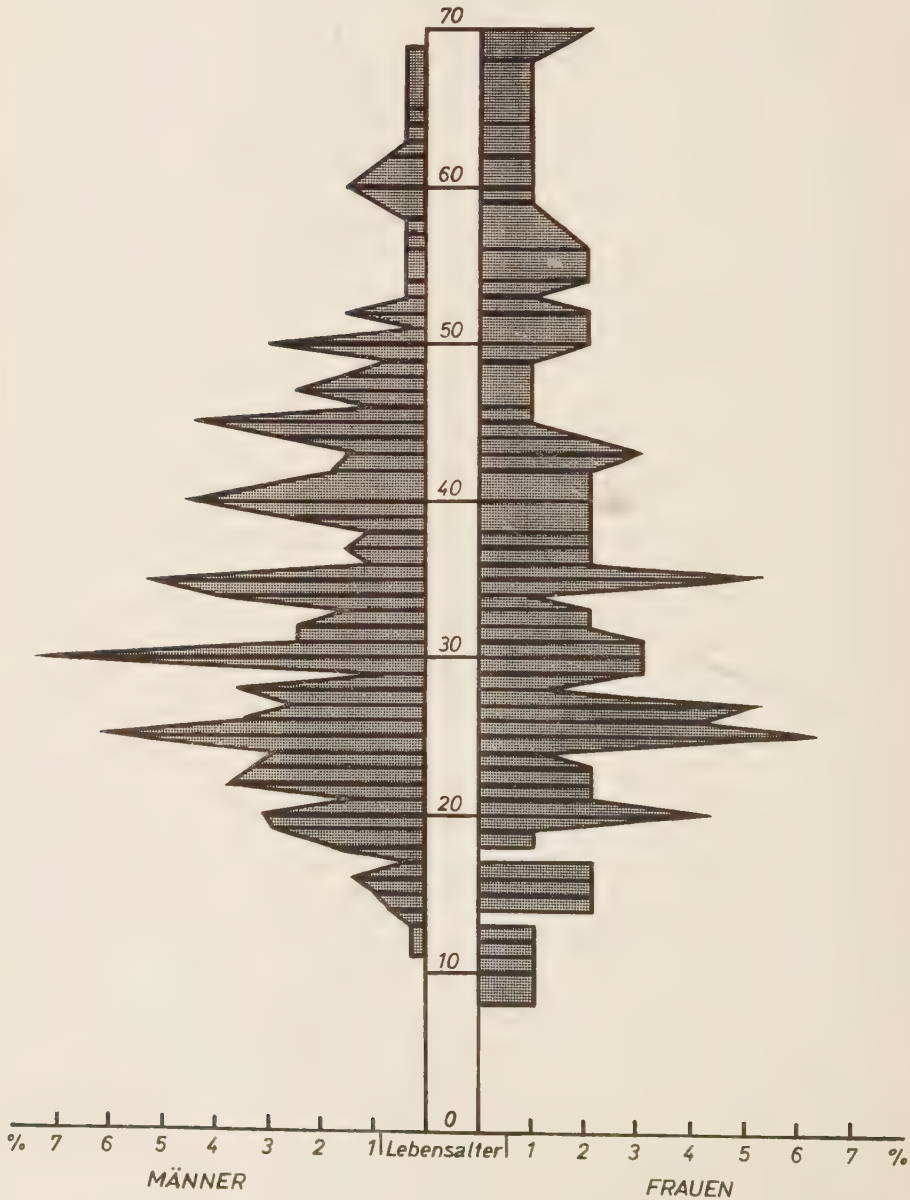
Verzeichnis der Abbildungen :

- | | |
|---------|--|
| Abb. 1 | In welchem Lebensalter erstmals Magenbeschwerden |
| Abb. 2 | Intervall zwischen 1. Magenbeschwerden und
1. ärztlicher Behandlung |
| Abb. 3 | Vom Auftreten der Erstbeschwerden am Magen bis
1962 berechnet in Jahren bei ./. Patienten |
| Abb. 4 | Diagnose |
| Abb. 5 | Dauer der Beschwerdefreiheit nach der 1. Behandlung |
| Abb. 6 | Besserung - Beschwerdefrei - Verschlechterung |
| Abb. 7 | Verbleibende Beschwerden nach Behandlung in
unseren Kliniken |
| Abb. 8 | Mußten Sie am Magen operiert werden? |
| Abb. 9 | nach der Operation: Besserung - Verschlechterung -
Rezidive |
| Abb. 10 | nach der Operation: Restbeschwerden - Gewicht |
| Abb. 11 | Magen-Darm-Blutungen |
| Abb. 12 | Wesentliche Besserung ohne Operation durch Hausarzt -
Krankenhaus - Lebensweise - Diät |
| Abb. 13 | Wesentliche Besserung ohne Operation durch Diät |
| Abb. 14 | Vor der Magenerkrankung durchgemacht: Gelbsucht -
Leberschaden - Gallenstörungen |
| Abb. 15 | Beeinflußt die Magenerkrankung Leben und Beruf,
Lebensgewohnheiten |
| Abb. 16 | Wegen der Magenerkrankung arbeitsunfähig - berufs-
unfähig - Berufswechsel - Rente |
| Abb. 17 | Wie hoch ist die Erwerbsminderung? |
| Abb. 18 | Rente |
| Abb. 19 | Rente |
| Abb. 20 | Rente |

- Abb. 21 Rente und jetziger Zustand
- Abb. 22 Wie ist Ihr jetziger Zustand?
- Abb. 23 Wie ist Ihr jetziger Zustand?
 (operiert - nicht operiert)
- Abb. 24 Wie ist Ihr jetziger Zustand?
 (Männer - Frauen
 operiert - nicht operiert)
- Abb. 25 Zur Zeit in ärztlicher Behandlung
 (operiert - nicht operiert)
- Abb. 26 Ärztliche Behandlung
 (operiert - nicht operiert
 Männer - Frauen)

-.-.-.-.-.-

Abb.: 1 In welchem Lebensalter erstmals Magenbeschwerden



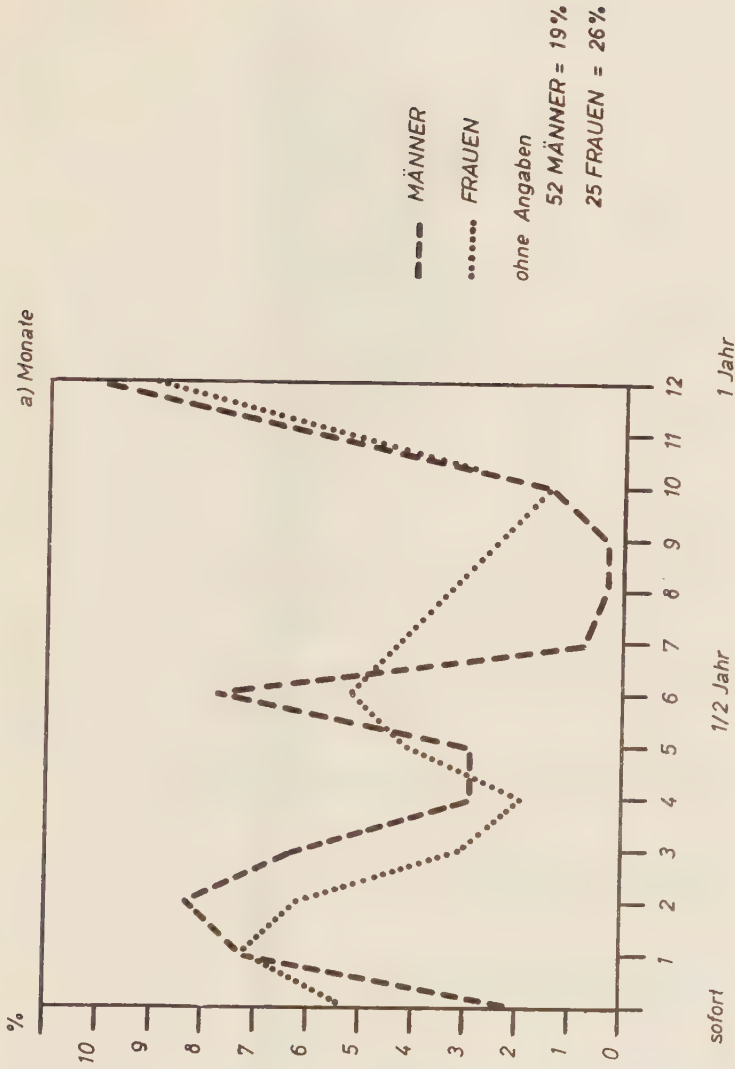


Abb.: 2 Intervall zwischen 1. Magenbeschwerden und
1. ärztlicher Behandlung

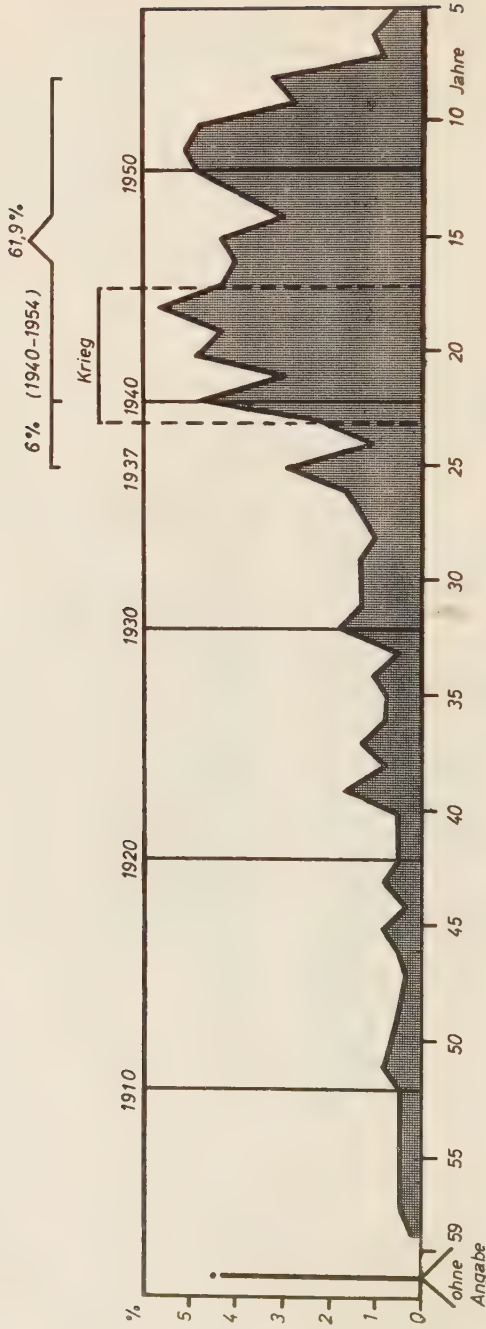


Abb.3: Vom Auftreten der Erstbeschwerden am Magen bis 1962 berechnet in Jahren
bei % Patienten



370 Gesamt 274 ♂ 96 ♀ 223 Operierte 147 Konservative Pat.

Abb.: 4 Diagnose

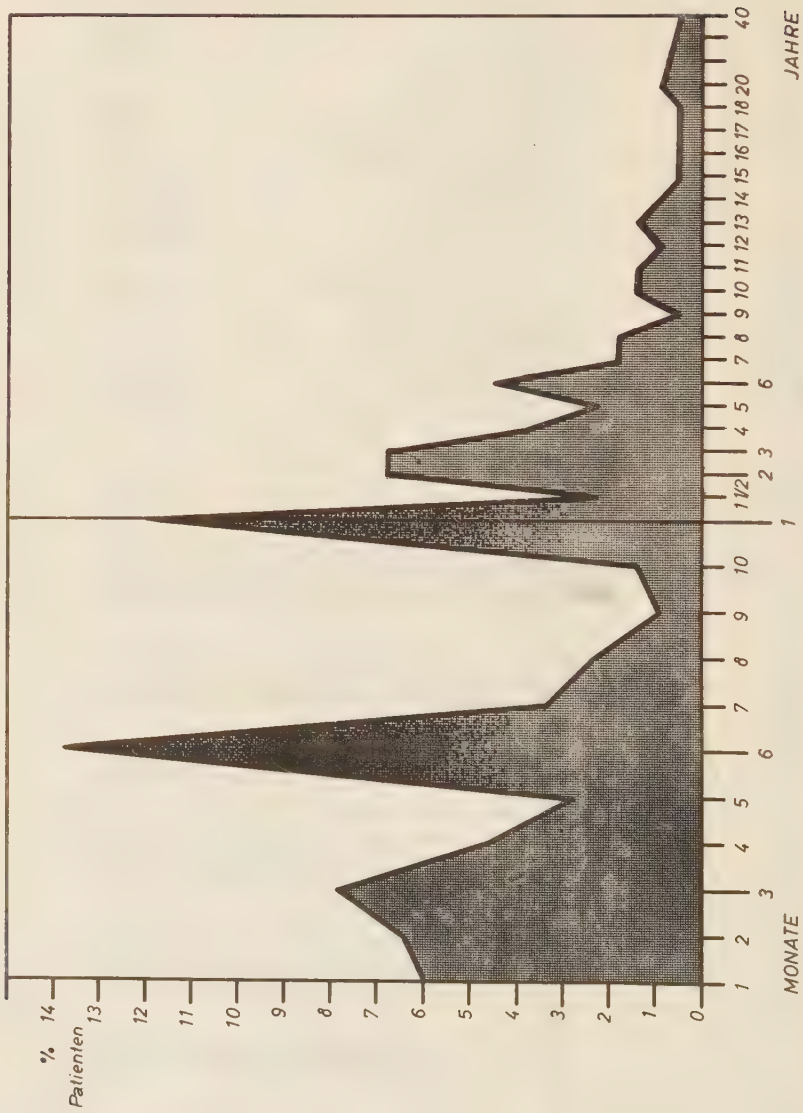


Abb.:5 Dauer der Beschwerdefreiheit nach der 1. Behandlung
(bezogen auf 218 Antworten)

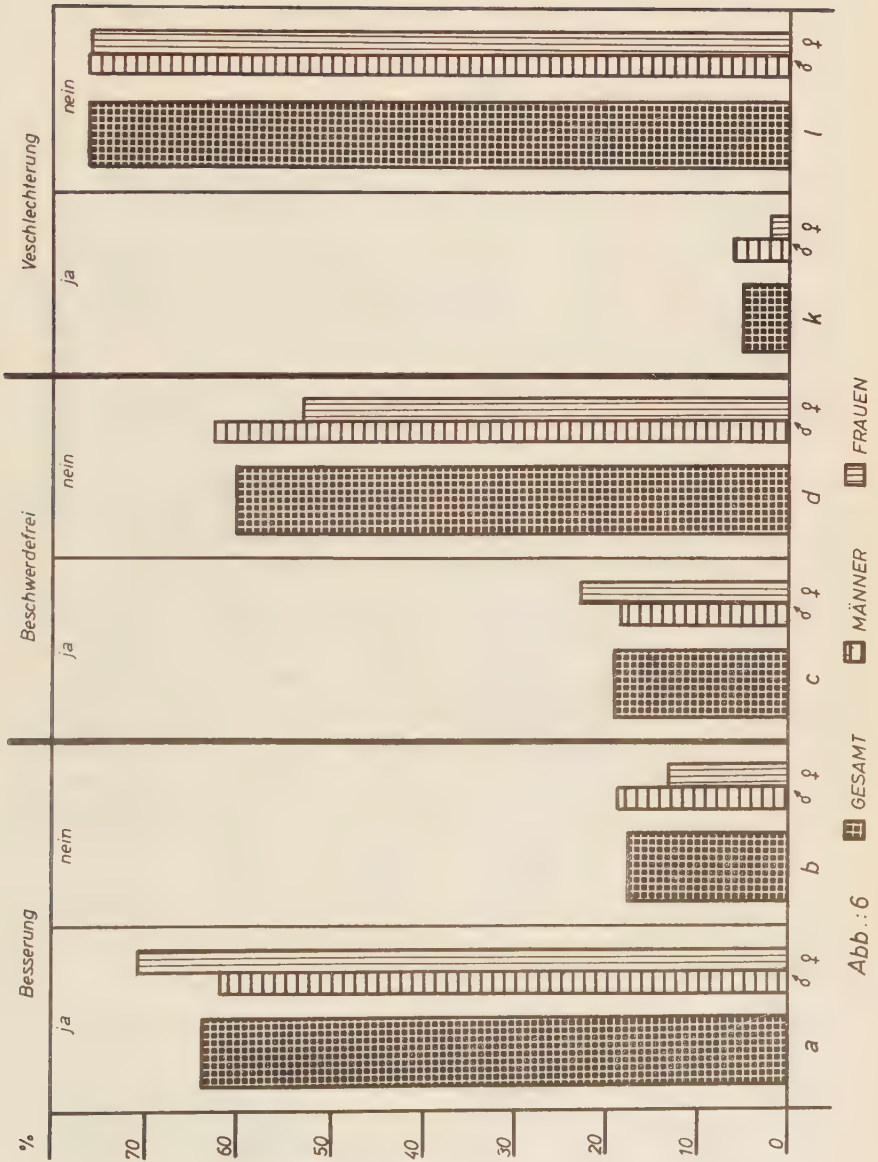


Abb.: 6

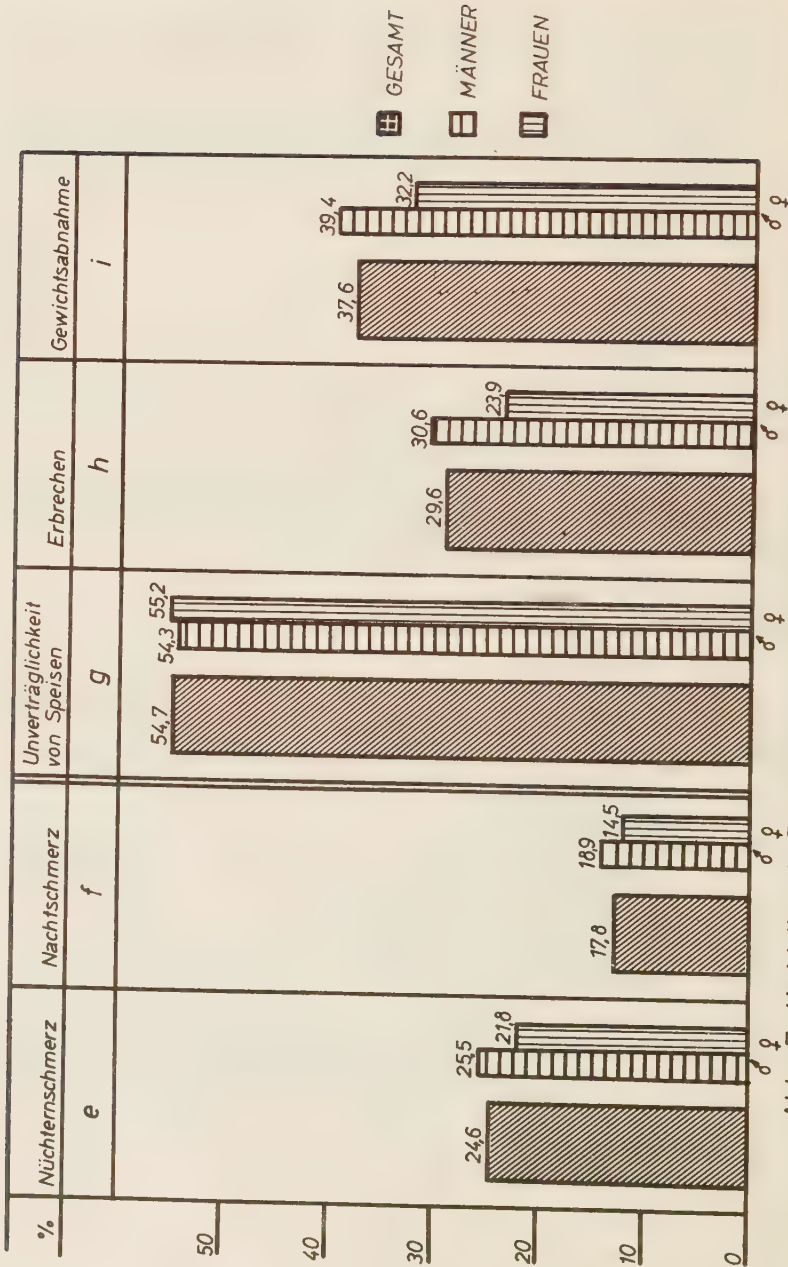


Abb.: 7 Verbleibende Beschwerden nach Behandlung in unseren Kliniken:

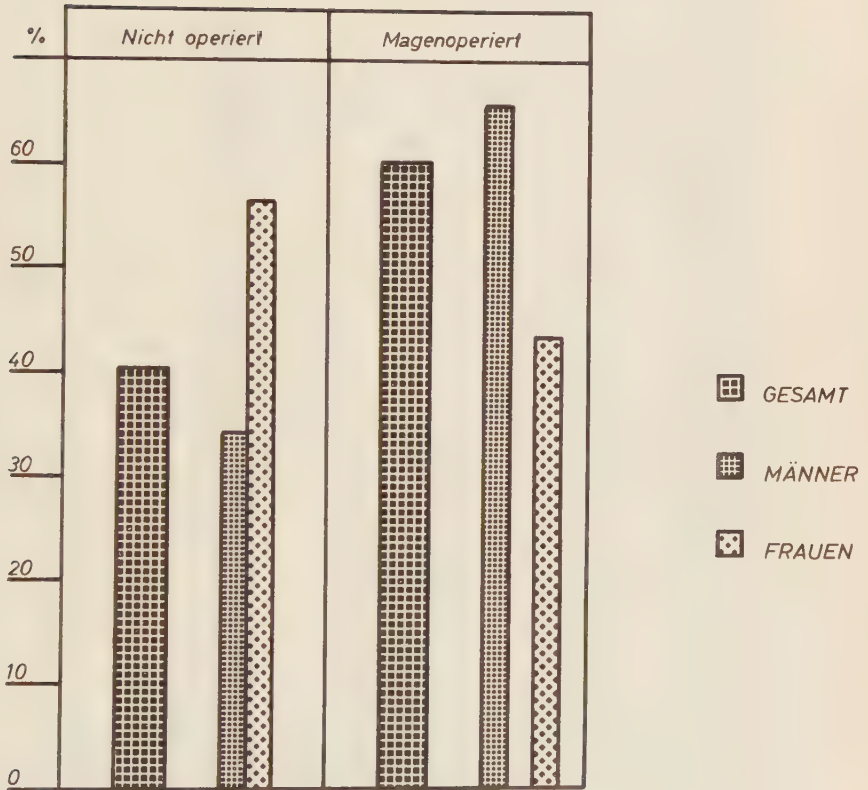
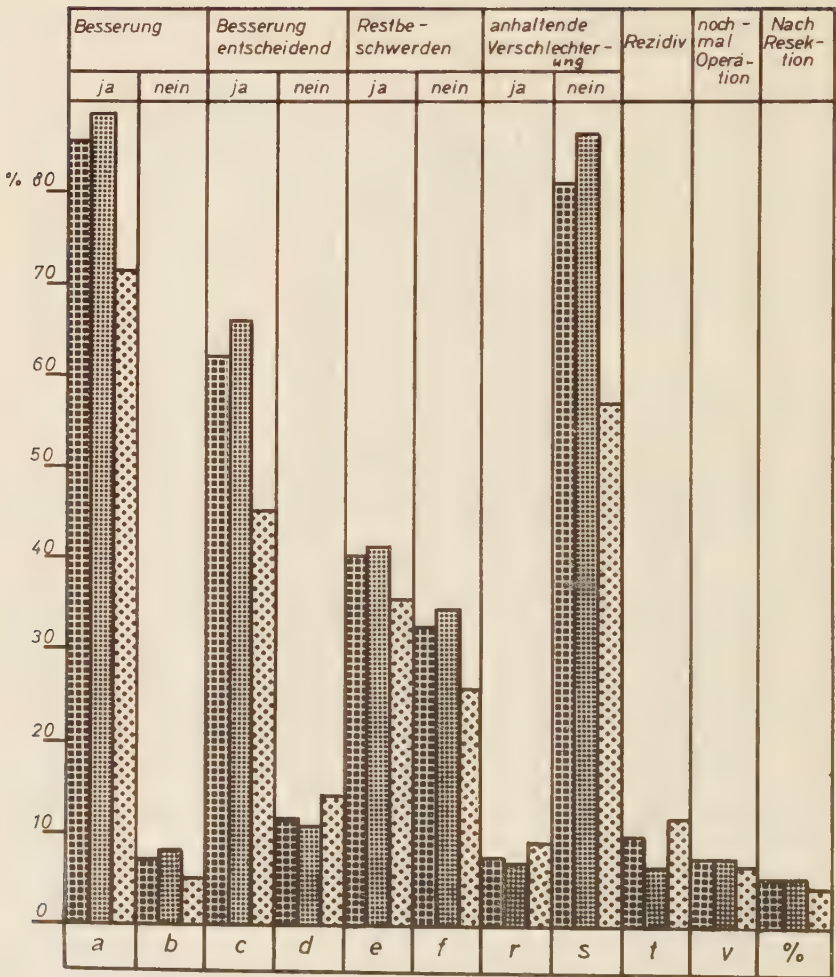


Abb.: 8 Mussten Sie am Magen operiert werden ?



 GESAMT 223
  MÄNNER 101
  FRAUEN 42

Abb.:9 nach der Operation

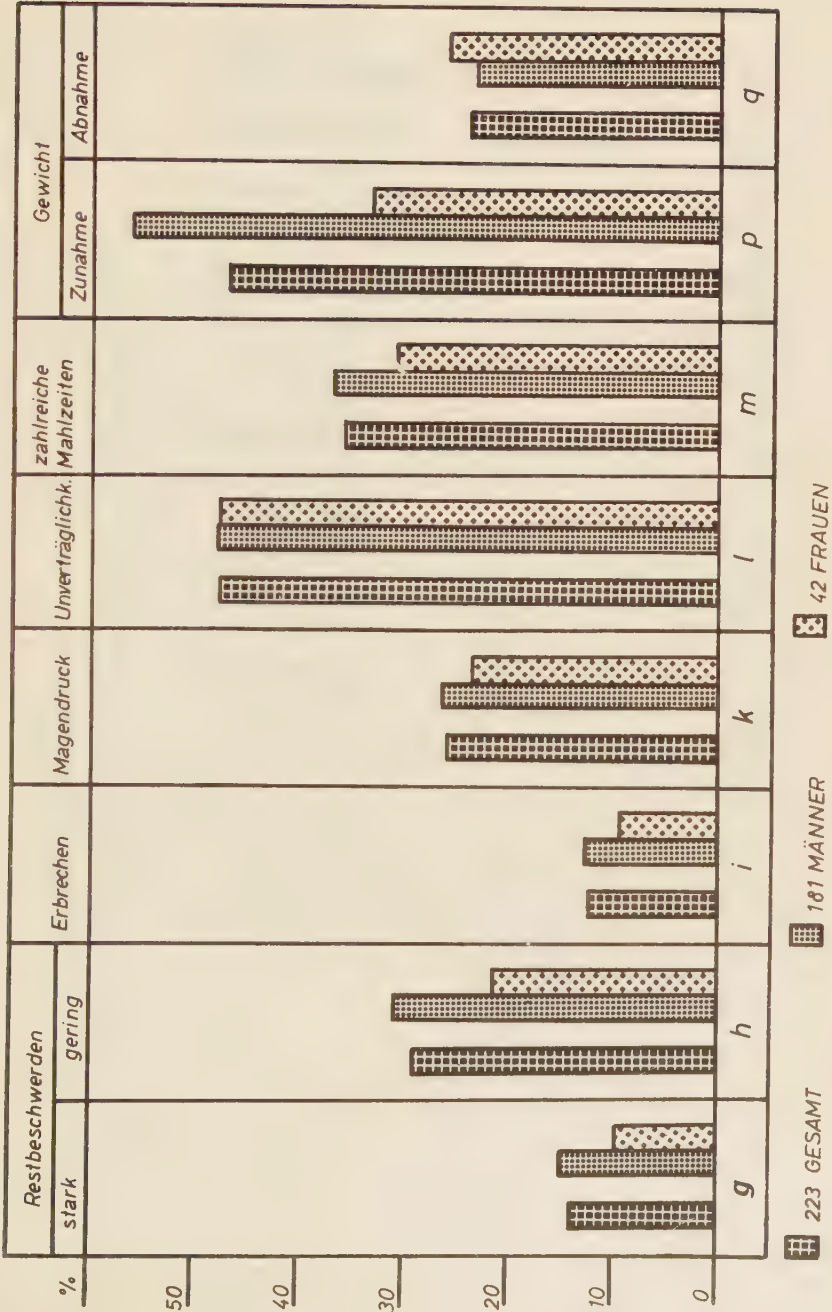


Abb.: 10 nach der Operation

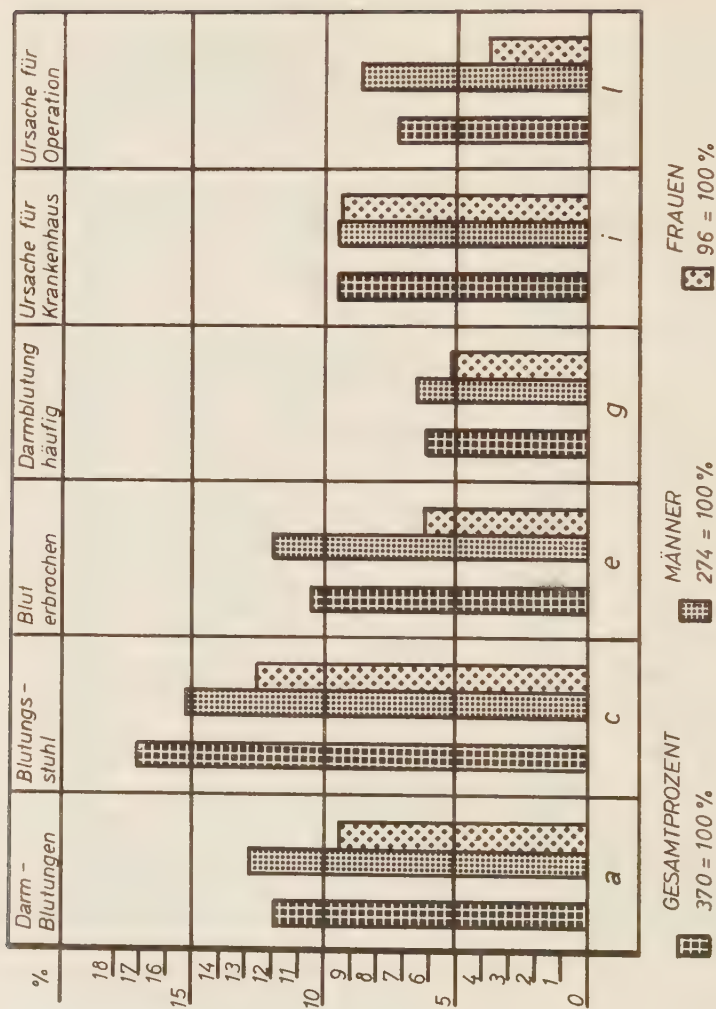


Abb.: 11

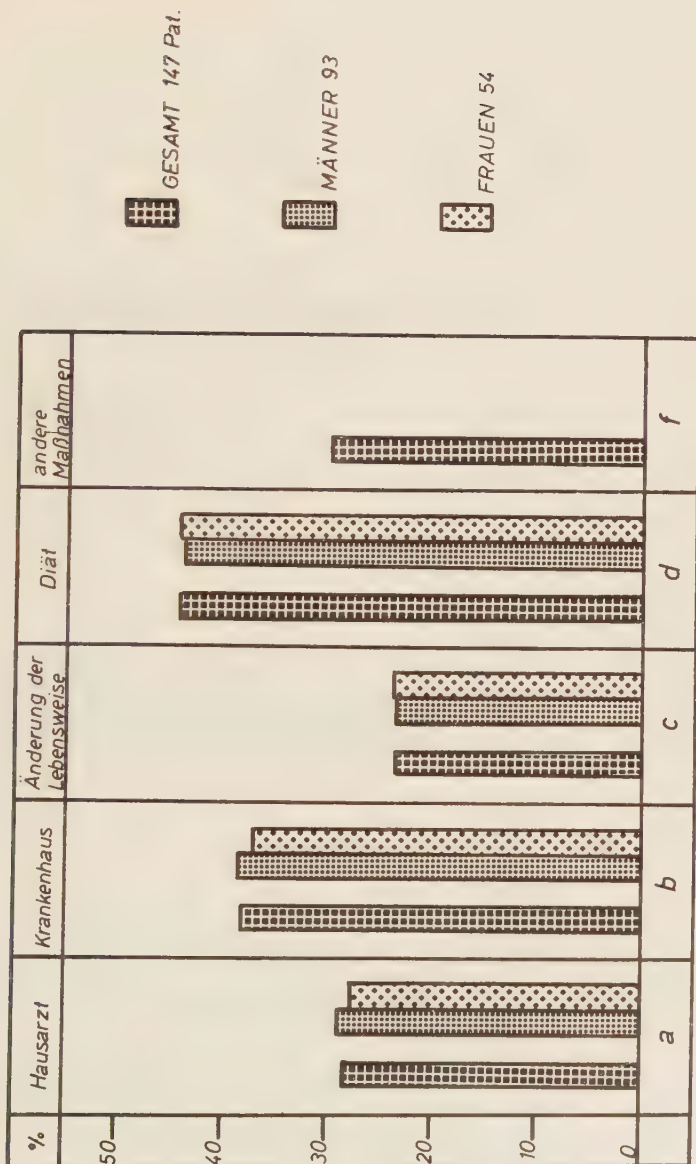


Abb.: 12 Wesentliche Besserung ohne Operation durch:

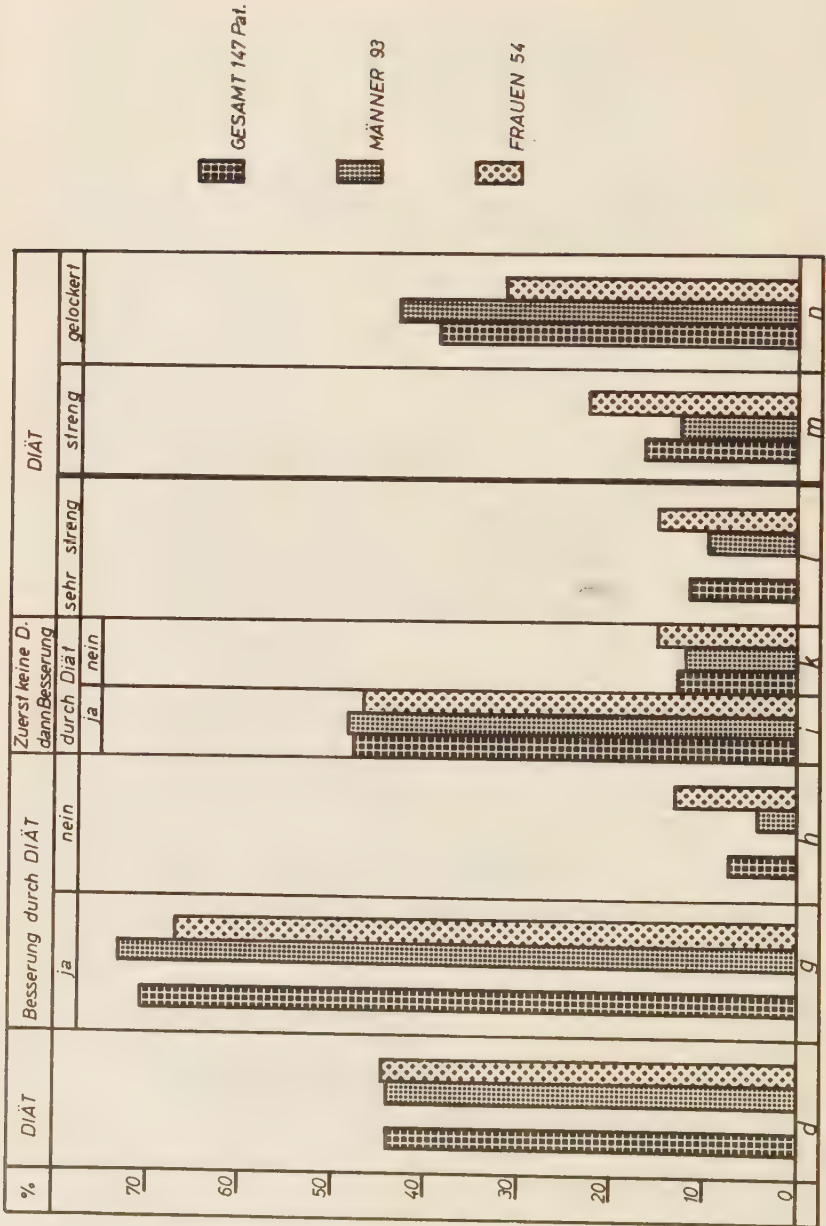


Abb.:13 Wesentliche Besserung ohne Operation durch:

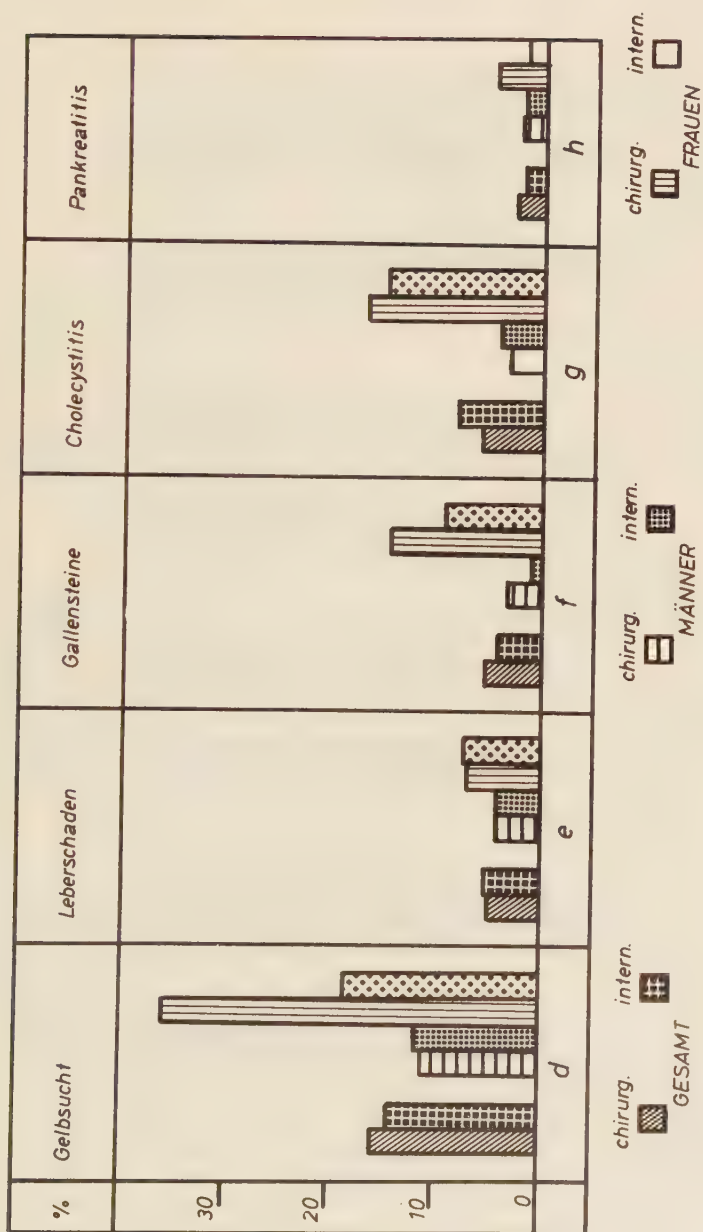


Abb.: 14 Vor der Magenerkrankung durchgemacht chirurgisch u. intern.

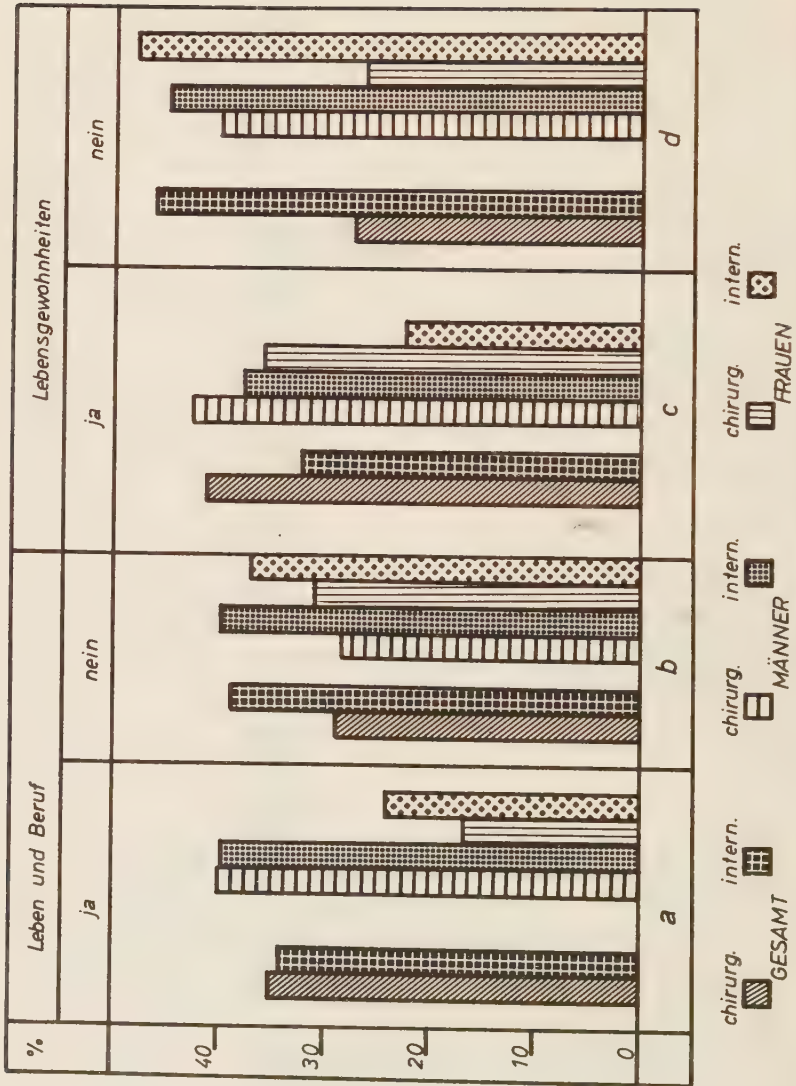


Abb.:15 Beeinflusst die Magenkrankung - wenn sie nicht ausgeheilt ist -

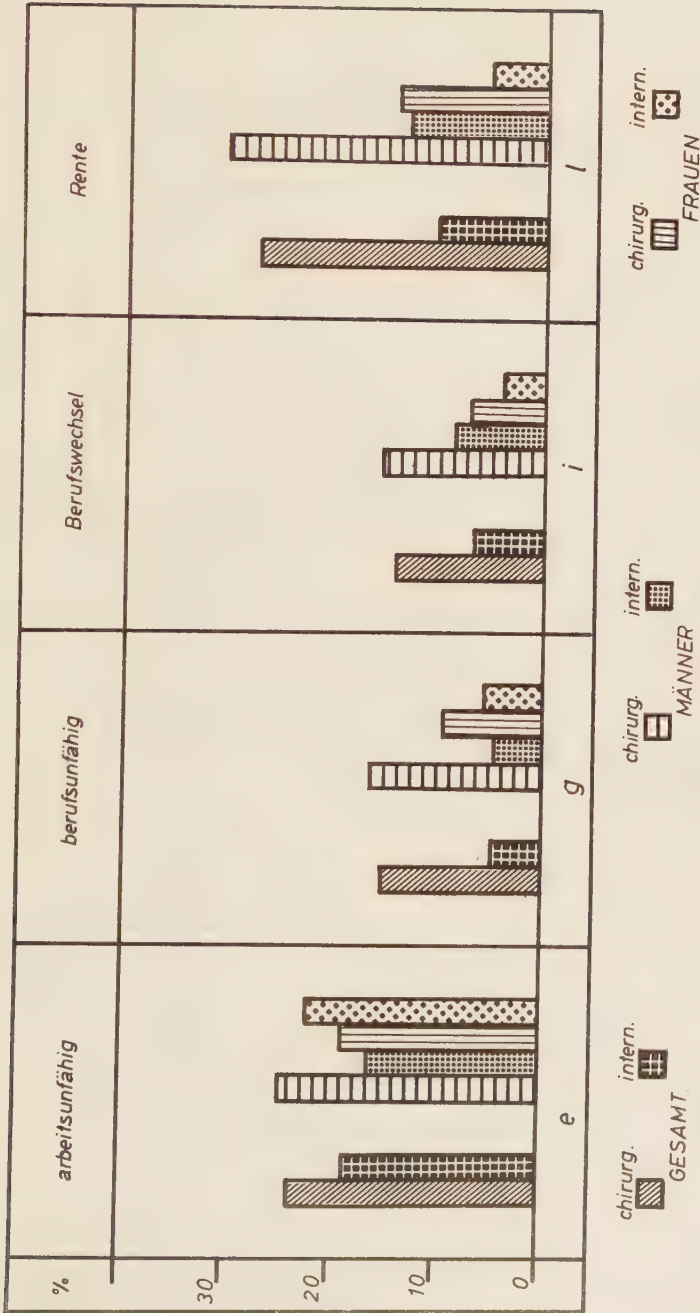


Abb.: 16 Wegen der Magenerkrankung



Abb.: 17 Wie hoch ist die Gewerbsminderung ?

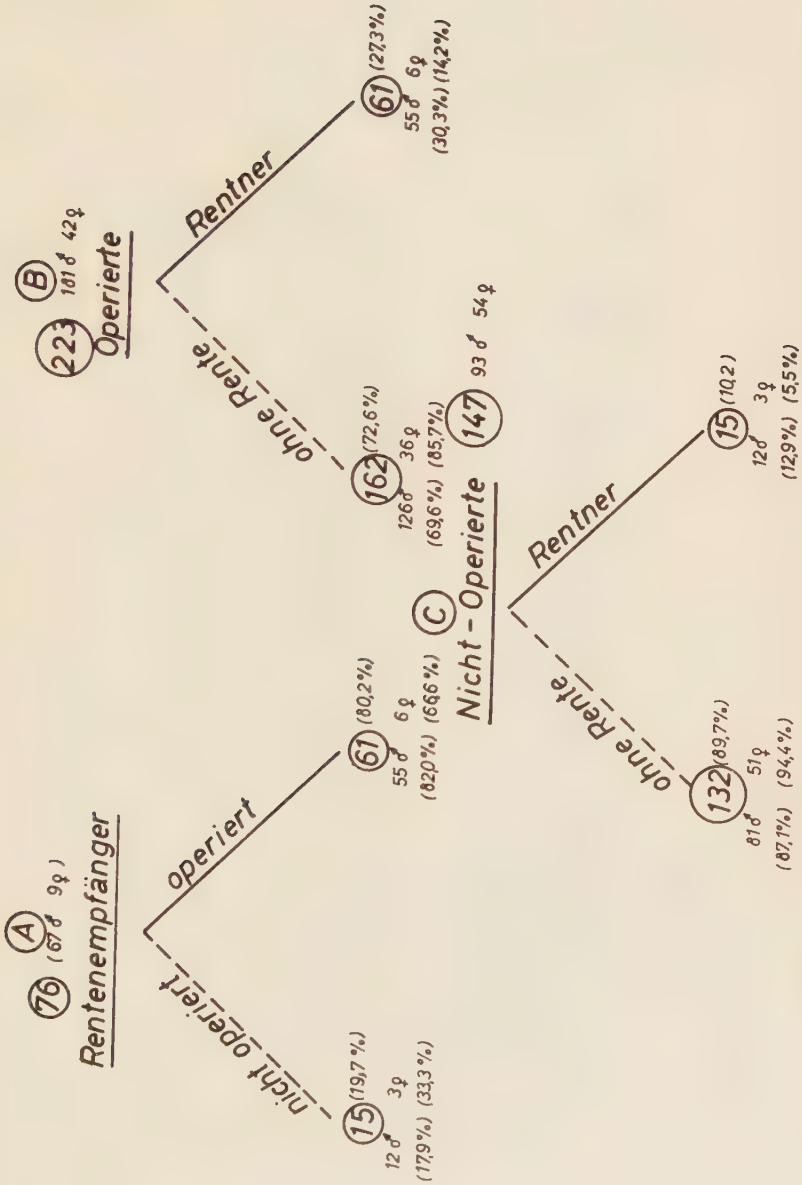




Abb.: 19
Rente und Ulkus

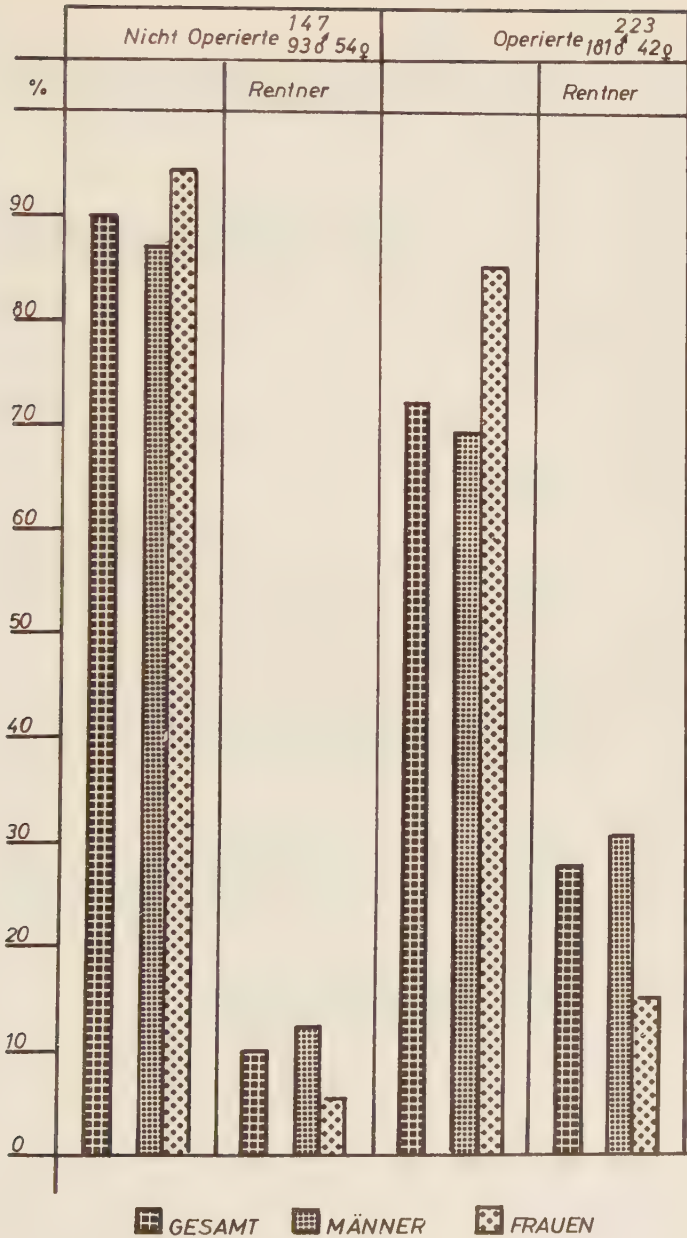


Abb.: 20 Rente

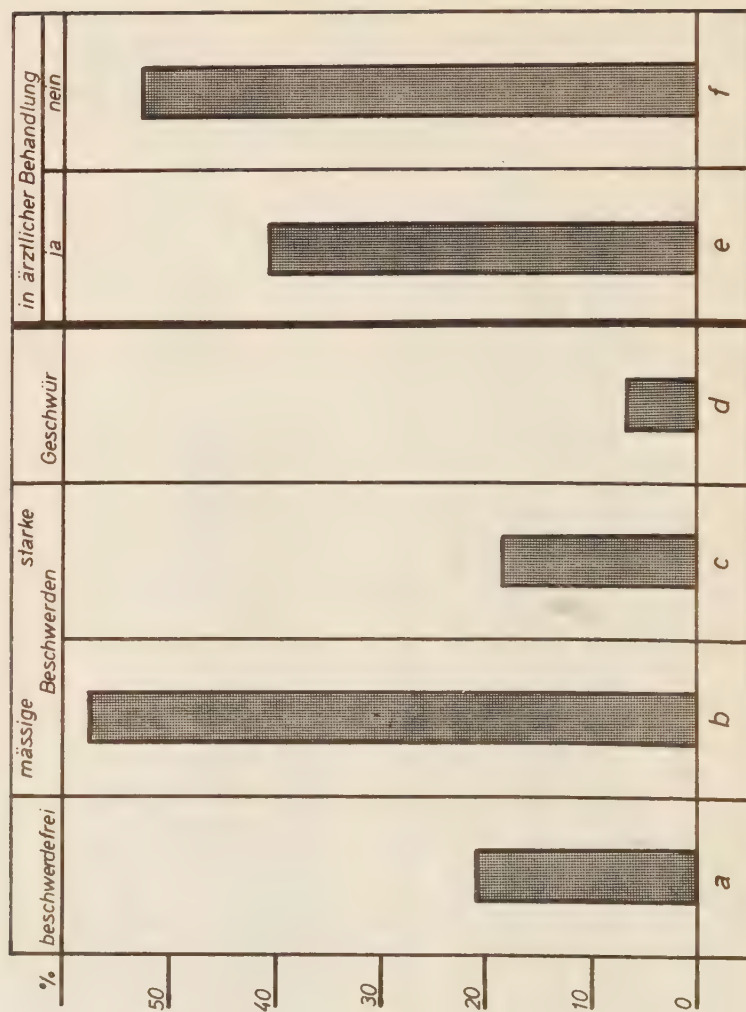


Abb.: 21 Rente u. jetziger Zustand

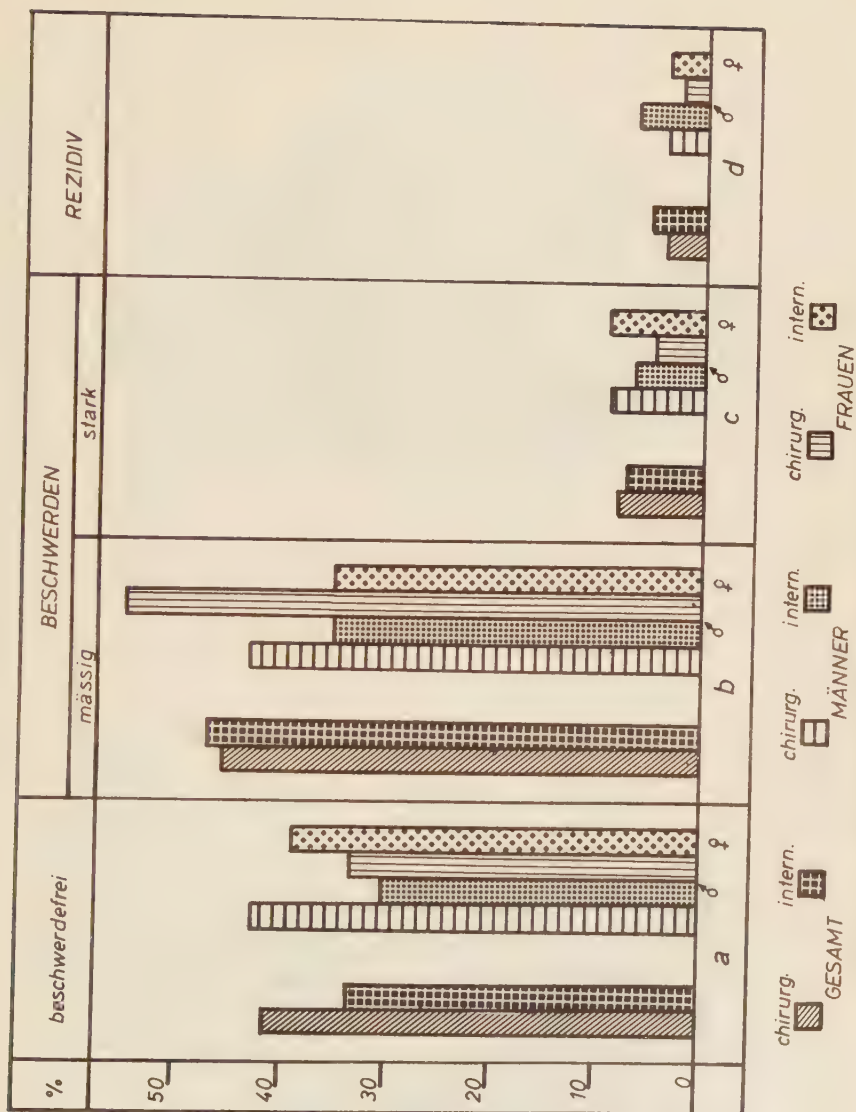
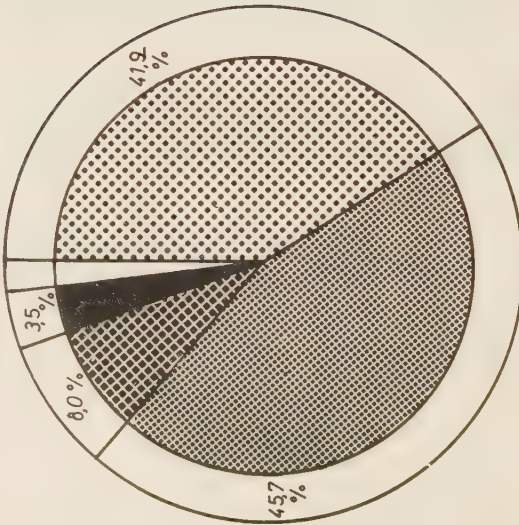
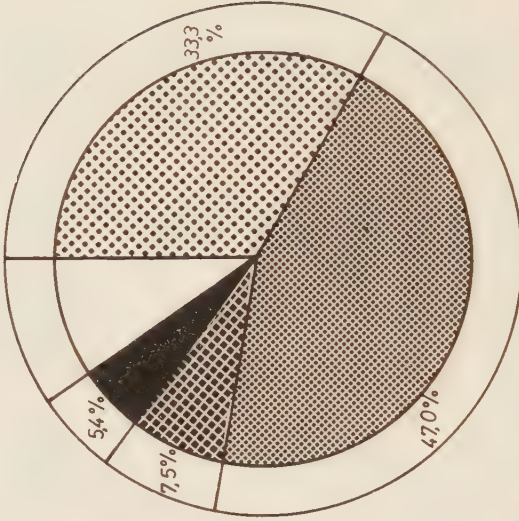


Abb.:22 Wie ist ihr jetziger Zustand?

1. Operiert 224 Pat.



2. nicht operiert 146 Pat.



 beschwerde frei
  Beschwerden mässig
  Beschwerden stark
  wieder ein Geschwür
  ohne Angabe

Abb.: 23 Wie ist Ihr jetziger Zustand?

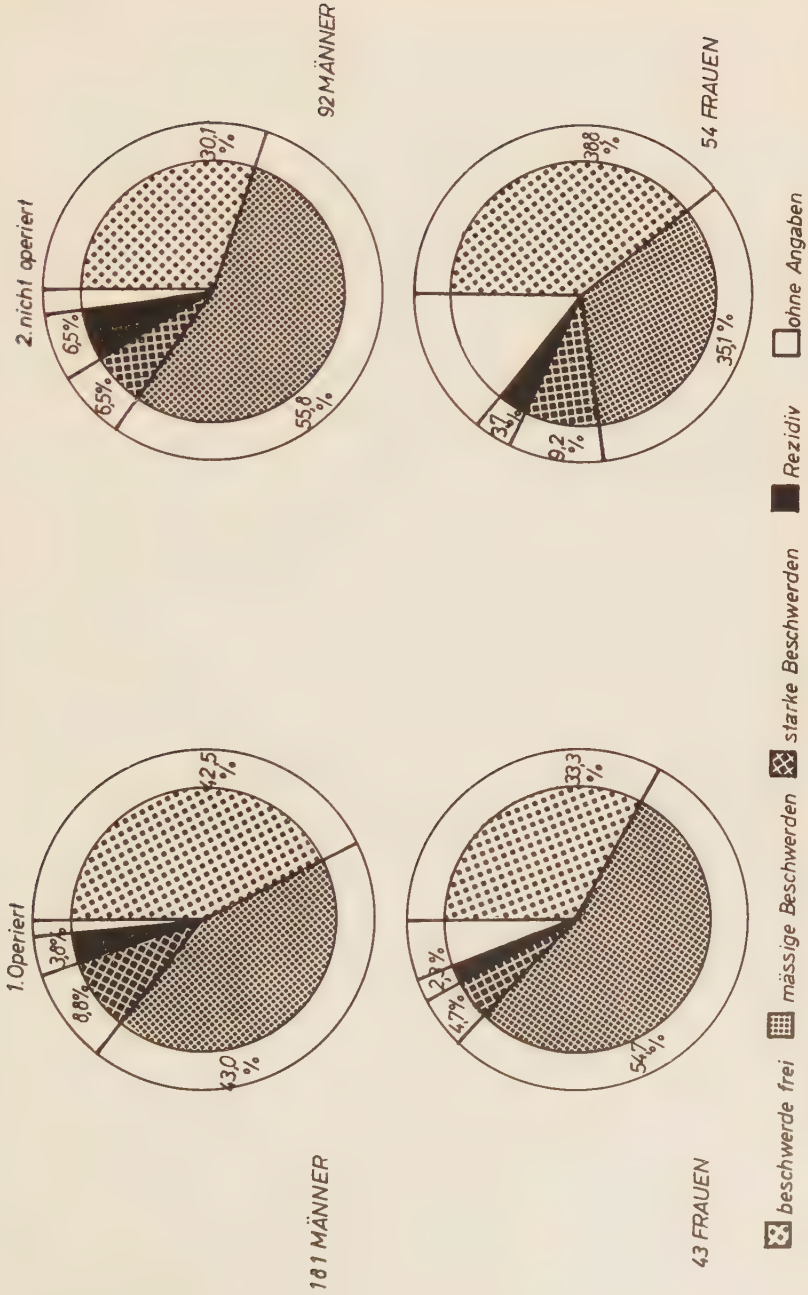


Abb. 24 Wie ist Ihr jetziger Zustand? (MÄNNER - FRAUEN)

Mein ergebener Dank gilt

Herrn Prof. Dr. H. Schwiegk

für die lebenswürdige Überlassung von
Thema und Klinikmaterial.

Ebenso danke ich den Herren

Prof. Dr. Dr. Bodechtel,

Prof. Dr. F. Holle,

Chefarzt Dr. G. Baumgartner und

Chefarzt Dr. Hanika

für die Erlaubnis zur Einsichtnahme in
die Krankenblätter.

Besonderer Dank gebührt

Herrn Priv.Do. Dr. M. Knedel

für die wertvollen Anregungen bei der
Ausarbeitung der Untersuchungsmethode.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s :

1. Abramovič, D.G.
Babuk, E.D. Über die Veränderungen der Leber und
des Kohlenhydratstoffwechsels bei der
Ulcuskrankheit
Klin.Med.28, 77-78, 1950
2. Althausen, T.L. Prevention of recurrences in peptic ulcer
Ann.int.Med. 30, 544-559/1949
3. Arzuza Zulaica, E.de Cirrosis hepatica y ulceras gastroduodenal
Rev.clin.espan. 56, 410-414/1955
4. Aschenbrenner, R.
Schwardt, A. Die "Ulcuskur" in der praktischen Diät-
behandlung Magenkranker
Dtsch.med.Wschr. 1950, 679-682
5. Avery, Jones F. in R. Boller: Der Magen, Wien 1954
Magenkrankheiten unter verschiedenen
physiologischen Voraussetzungen
6. Bartels, R.N.
Dulin, J.W. Gastric resection for peptic ulcer. A
study of 221 consecutive cases
Surgery (Am.) 21, 496 / 1947
7. Bauer, H.A. Hepatopathie und Magen-Darmkrankheiten
Gastroenterologia (Basel)79, 1-16/1953
8. Behrends, W.
Steinhardt, N. Das Spätschicksal blutender Gastro-
Duodenal-Ulcera
Dtsch.med.Wschr. 84, 216-218/1959
9. Berg, H. Beschwerden nach Magenresektionen, de-
ren Ursachen und Behandlung
Die Medizinische 1279-82/1957
10. Bingham, J.R. Precipitating factors in peptic ulcer
Canad.med.Ass. J. 83, 205-211/1960
11. Björneboe, M.B.
Faber, H.
Mikkelsen, O.
Tobiassen, E. Surgically treatment of gastric and
duodenal ulcer. A follow-up of 219
cases
Acta med.Scand. (Stockholm) 141,16-26/1951
12. Böhm, C. Über Spätkomplikationen nach Magen-
operationen
Med.Klin. 54, 1906-1910 /1959
13. Boller, R. Der Magen und seine Krankheiten
Kap.: Der operierte Magen
Wien 1954
14. Boller, R. Zur absoluten Operationsindikation unter
Berücksichtigung der Spätergebnisse
Verh.dtsch.Ges.inn.Med. 1954, 43-47

15. Boller, R. Die Beschwerden des operierten Magens und ihre Behandlung
Verh.dtsch.Ges.Verdgskrkh. 1956, 91-98
16. Boller, R. Bewertung der Möglichkeiten der konservativen Therapie der Magenkrankheiten
Med. Klinik 1956, 1729-1735
17. Bräutigam, W. Psychosomatische Gesichtspunkte bei Magen-erkrankungen und ihre Bedeutung für die Begutachtung
Med.Sachverst. 59, 27-31/1963
18. Brambor, K.H. Korrespondierende Erkrankungen von Magen, Galle und Pankreas
Bruns' Beitr.klin.Chir. 199, 277-281 /1959
19. Braun, H. Beitrag zur klinischen und röntgenologischen Symptomatologie des Altersulcus
Schmitt, W
Münch.med.Wschr. 102, 665-668 /1960
20. Brednow, W. Restschäden bei Magenresezierten aus internistischer Sicht
Med.Klin. 1436-1441 /1958
21. Broicher, H. Wege zur Therapie des Magengeschwürs
Therapiewoche 8, 318-324 /1958
22. Brookes, V.S. Partial gastrectomy for peptic ulcer
Waterhouse, J.A.H.
Thorn, P.A.
Gut 1, 149-162, 1960
23. Browning, J.S. Development of new symptoms following medical and surgical treatment for duodenal ulcer
Houseworth, J.H.
Psychosomatic Med. 15, 328-336 /1953
24. Bsteh, O. Die Geschwürskrankheit des Magens und ihre chirurgischen Probleme
Wiener Beitr.z.Chir., Hrsg. R. Demel, Bd. 4, Wien: Maudrich 1949
25. Brun, G. La résection radicale dans la maladie ulcéreuse chronique
Landelius, E.
J.intern.chir. 7, 1-40 /1947
26. Bucko, A. Zur Frage des Vorkommens von Dyskinesien der Gallenwege bei Ulcuskrankheiten
Dtsch.Z.Verdggs.Krankheiten 16, 271-277 /1956
27. Cain, J.C. Medically treated small gastric ulcer. Five year follow-up study of 414 patients
Jordan, G.L. jr.
Comfort, M.W.
Gray, H.K.
J.Amer.Med.Assoc. 150, 781-784 /1952
28. Chaikin, N.W. Duodenal ulcer - clinical and therapeutic aspects: Follow-up of 285 cases
Rev.of Gastroenterology 14, 49-56 /1947

29. Chamberlain, D. The post-gastrectomy syndrome
Arch.chir.néerl. 12, 111-121 /1960
30. Chapa, J.S.
Engel, G.C. Biliary tract disease following B II
subtotal gastrectomy
A.M.A.Arch.Surg. 78, 307-309 /1959
31. Charrier, J.
Loygue, J.
Polony Résultats obtenus par la gastrectomie
chez les ulcéreux; suite de 347 cas
Arch.des Mal.Appar.digest. 41, 743-746 /1952
32. Cherry, J.W. Conversion of gastrojejunostomy to gastro-
duodenostomy in treating the dumping syndrome
Amer.Surg. 26, 396-399 /1960
33. Dalayeun, J. Contribution à l'étude clinique et biologique
des dénutritions graves après gastrectomie
subtotale pour lésions bénignes
France méd. 23, 71-80 /1960
34. Dittrich, H.
Puffer, E.
Seifert, E. Leberveränderungen bei Magenresezierten
Münch.med.Wschr. 103, 496-502 /1961
35. Dittrich, H.
Puffer, E.
Seifert, E. Leberzirrhose und Magenresektion
Dtsch.Ges.Verd.-Stoffw.Krh.Gastroentero-
logia, Suppl.ad Vol. 97: 225-228 / 1962
36. Doll, R.
Jones, F.A.
Bukatzsch, M.M. Occupational factors in the aetiology of
gastric and duodenal ulcers with an estimate
of their incidence in the general population
London: His Majesty's Stationary Office 1951
37. Donaldson, R.M. jr.
Handy, J.
Papper, S. Five-year follow-up study of patients with
bleeding duodenal ulcer with and without
surgery
New England J.Med. 259, 201-207 /1958
38. Dorn, W. Beschwerden nach Magenoperationen und ihre
Behandlung
Ärztl.Wschr. 1089-1090 /1956
39. Douglas, D.M. Chronic ulcer of the stomach and duodenum
Gastroenterologia 72, 145-153 /1947
40. Drablös, A.
Linden, V.
Skjelbred, P. The late results of gastric resection for
gastroduodenal ulcer. A follow-up study
with special reference to the serious late
complications, subjective symptoms and anemia
Acta med.Scand. (Stockholm) 140, 327-339/1951
41. Dubarry, J.J.
Pisot, C.
Rigallaud, J.
Le Querler, Y. Etudes statistique de l'hérédité dans l'
ulcère gastroduodénal et essai sur la géné-
tique de la maladie ulcéreuse
Arch.des Mal.Appar.digest 42, 1222-1226 /1953

42. Dubarry, J.J.
Pisot, C. L'ulcère digestif. Maladie obligatoirement héréditaire. Hérédité récessive de prédisposition
Presse méd. 1857-1858 /1956
43. Evans, D.A.F. Genetic factors in the etiology of duodenal ulcer. An appraisal of the present position
Gastroenterology 40, 371-378 /1961
44. Fauvert, R.
Mallarmé, J.
Hartmann, L.
Boivin, P. Les anémies protéinoprives hypersidéremitiques (Chez les gastrectomisés)
Sang 29, 475-479 /1958
45. Feldmann, M. Statistical study of life cycle of 1154 cases of duodenal ulcer
J.Amer.med.Assoc. 136, 736-739 /1948
46. Fischer, R. Untersuchungen zum Beschwerdekomples des Magenoperierten
Dtsch.med.Wschr. 1124-1128 /1958
47. Fischermann, K.
Rasmussen, F. Late results of Billroth II resections for gastric ulcer
Acta chir.scand. 120, 159-167 /1960
48. Flood, C.A. Recurrence in duodenal ulcer under medical management
Gastroenterology 10, 184-199 /1948
49. Flood, C.A.
Hennig, G.C. Recurrence in gastric ulcer under medical management
Gastroenterology 16, 57-72 /1950
50. Fodor, O.
Stanescu, L.
Georgescu, E. Recherches sur les manifestations carien-
telles dans les gastrectomies partielles
pour maladies ulcéreuses
Sem.Hôp.Paris 35, 13-20 /1959
51. Friedman, A.I. Peptic ulcer in the elderly
Amer.J.Gastroent. 31, 15-22 /1959
52. Garrabé- Godier Dumping-syndrome et delta-cortisone
Sem.Hôp./Sem.med. 425-426 /1957
53. Gillespie, M.G.
La Bree, R.H.
McDonald, O.G. Fifteen years' experience with gastric re-
section for duodenal ulcer
Arch.Surg. 81, 909-913 /1960
54. Goidsenhoven, F. von Indikationsstellung zur Operation IN
R. Boller: Der Magen - Wien 1954
55. Gutzeit, K. Die Ulkuskrankheit. Krankheitsfrequenz,
Pathogenese, Etiologie, Therapie
Die Medizinische 111-114, 179-182 /1954

56. Haberer, H. von Grundsätzliches zur chirurgischen Behandlung
des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs
Dtsch.med.Rsch. 223-226 /1949
57. Hackethal, K.H. Das durch Magenresektion behandelte Magen-
und Zwölffingerdarmgeschwür
in: Die Prognose chronischer Erkrankungen,
Springer 1960
58. Hauswirth, C. Auswertung der Behandlungsergebnisse von
Sichrovsky-Sieberer, J. Magenresezierten mit Beschwerden
Gastroenterologia (Basel) 87, 78-84 /1957
59. Held, A. Die versorgungsärztliche Bedeutung des Magen
(Zwölffingerdarm)-Geschwürs
Med.Sachverst. 52, 34-37 /1956
60. Henning, N. Historisches zur Mageniopsie
Kolokussis, H. Dtsch.med.Wschr. 87, 1029 /1962
Heinkel, K.
Landgraf, J.
Elster, K.
61. Henning, N. Krankheiten der Verdauungsorgane, in:
Lehrbuch der inneren Medizin - H. Dennig
Bd. II - Stuttgart 1950
62. Henning, N. Neuere Aspekte zur Genese und Therapie der
"peptischen" Geschwürbildungen
Münch.med.Wschr. 498-502; 602-607 /1950
63. Henning, N. Lehrbuch der Verdauungskrankheiten,
2. Aufl., Thieme Stuttgart 1956
64. Henning, N. Einst und jetzt: Das Ulcus pepticum im ge-
schichtlichen Wandel der Anschauungen
Kinzlmeier, H. Münch.med.Wschr. 285-289 /1957
65. Henning, N. Dtsch.med.Wschr. 710/ 1961
Berg, G.
Heinkel, K.
Schön, H.
Zeitler, G.
Wolf, F.
66. Herner, B. Chronic pancreatic insufficiency after
Ysander, L. B II operations
Acta med.scand. 166, 395-398 /1960
67. Hetényi, G. Die Ulcuskrankheit,
in: R. Boller: Der Magen, Wien 1954
68. Hielscher, R. Über die Entstehungsweise des Magengeschwürs
und dessen Beurteilung in der Versorgungs-
medizin
Med.Mschr. 5, 609-614 /1951

84. Jores, A.
Droste, R. Kritische Betrachtungen der Therapie der
Ulcerkrankheit
Munch.med.Wschr. 861-863 /1956
85. Jores, A. Ulcus ventriculi
in: Die Prognose chronischer Erkrankungen,
Springer 1960
86. Junghanns, H. Operationsprognose beim "Altersulcus" am
Magen und Zwölffingerdarm
Ärztl. Wschr. 193-194 /1949
87. Junghanns, H. Operative Behandlung wegen des Geschwürleidens
Schenk, W. an Magen und Zwölffingerdarm und ihre Spät-
ergebnisse
Chirurg 23, 497-501 /1952
88. Kalk, H. Klinische Betrachtungen über die Symptomato-
logie und Prognose des Ulcus ventriculi und
duodeni.
Rev.Brasil.Gastroent. 6, 807-822 /1954
89. Kalk, H. Die Krankheiten des Magen-Darmkanals, der
Leber und Gallenwege in der internistischen
Begutachtung
Barth Verlag, München 1956
90. Karamyšev, F.I. Spätergebnisse der Magenresektion bei der
Geschwürkrankheit und die Arbeitsfähigkeit
dieser Patienten
Klin.Med. 28, 34-39 /1950 (Russisch)
91. Katsch, G. Die Krankheiten des Magens,
Pickert, H. in: Handbuch der inneren Medizin - Bd. III/1
G.v. Bergmann - W. Frey - H. Schwiagk
92. Kaufmann, W. Das peptische Ulcus als Kriegsdienstfolge
Med.Sachverst. 56, 225-229 /1960
93. Kiekens, R. Intestinal digestion and absorption after
Lundh, G. B II gastrectomy. A preliminary report
Acta chir.scand. (Stockholm) 113, 348-356/ 1957
94. Klein, M.M. Relation between cardiac failure and gastric
Walsh, E.L. ulcer in the older age group
Radiology 70, 672-683 /1958
95. Köhler, R. Der Resektionsmagen
Dtsch.Gesundh.-Wesen 15, 1-6 /1960
96. Koelsch, K.A. Internistische Erfahrungen an 107 magenoperier-
ten Patienten
Z.ärztl. Fortbildung 51, 1-6/ 1957
97. Krieger, - Lassen, H. Postgastrectomy syndrome
Acta med.scand. (Stockholm) 155, 475-483 /1956

98. Larson, M.E.
Cain, J.C.
Bartholomew, L.G. Prognosis of the medically treated small gastric ulcer
I. Comparison of follow-up data in two series
99. II. Ten-year to nineteen-year follow-up study of 391 patients
New Engl.J.Med. 264, 119-123; 330-334 /1961
100. Lauber, J.H. Die Anzeigestellung zur Operation des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs
Med.Klin. 114-118/ 1947
101. Leger, L.
Kobel, J.J.
Cazes, B. Pancréatite chronique et ulcère gastro-duodenal
Arch.Mal.Appar.dig. 49, 727-751 /1960
102. Lemaire, A.
Cassasus, P. Le syndrome carientel complexe oedémateux des gastrectomisés
Press méd. 465-468 /1957
103. Lenzenweger, F. Über Gallensteinkrankheit als Folge nach Magenoperation
Wien.klin.Wschr. 71, 13-14 /1959
104. Lewison, E.F. Bleeding peptic ulcer
Arch.Surg. 59, 37-56 /1949
105. Lindenschmidt, Th.O. Erkennung und Behandlung von Folgezuständen nach Magenoperation
Die Medizinische 1397-1400 /1955
106. Lindenschmidt, Th.O. Arbeitsfähigkeit und Invalidität nach chirurgischer Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs
Bruns' Beitr.klin.Chir. 204, 64-79 /1962
107. Lindenschmidt, Th.O. Ärztliche und soziale Gesichtspunkte in der Begutachtung chirurgischer Magenkrankungen und der Magenoperierten
Med.Sachverst. 59, 10/1963
108. Louyot, P.
Mothieu, J.
Gaucher, A. L'ostéostose raréfiante des gastrectomisés avec anastomose gastro-jéjunale
Arch.Mal.Appar.digest. 50, 20438/1961
109. Lyngar, E. Blood changes after partial gastrectomy for ulcer
Acta med.scand. (Stockholm) 138, Suppl. Bd. 247/1950
110. Farlane, Mac J.A.
Mills, J.D. Peptic ulcer
Canad.Med.Assoc.J. 69, 233-237 /1953
111. Macintyre, H.W.
Stent, L. Anemia following partial gastrectomy. A review of 100 cases
Brit.J.Surg. 44, 150-151 /1956

112. MacLean, Baird
Blackburn, E.K.
Wilson, G.M. The pathogenesis of anemia after partial
gastrectomy
I. Development of anemia in relation to
time after operation, blood loss, and
diet.
II. Iron absorption after partial gastrec-
tomy.
Quart.J.Med., N.S. 28, 21-41 /1959
113. Maggi, A.L.C.
Meeroff, M. Reacciones de labilidad serocoloidal en
la ulcera gastroduodenal
Semana med.Nr. 3242, 293-304/ 1956
114. Malmros, H.
Hiertonn, T. A post-investigation of 687 medically treated
cases of peptic ulcer
Acta med.scand. (Stockholm) 133, 229-252/1949
115. Mangold, R. Combined gastric and duodenal ulceration.
A survey of 157 cases
Brit.med.J. Nr. 5106, 1193-1197 /1958
116. Martin, L.
Lewis, N. Peptic ulcer cases reviewed after ten years.
Effect of medical treatment and indications
for gastrectomy
Lancet 1115-1120 /1949-II
117. Martini, P. Über chronische Gastritis, Ulcus und über
die Möglichkeiten ihrer rationalen Therapie
Münch.med.Wschr. 137-141; 181-184/ 1957
118. Meyeringh, H. Versicherungsrechtliche Beurteilung innerer
Krankheiten
Hamburg 1951
119. Milanés, F.
(Ref. G. Katsch) Selecion del tratamiento medico o quirurgico
en la ulcera peptica. Concepto del internista,
basado en los resutados tardios
Trab.y Mem.Soc.Nac.Cir. 4, 23-45 /1950
120. Miller, T.G.
Berkowitz, D. An analysis of the results of coservative
peptic ulcer therapy
Gastroenterology 29, 353-357 /1955
121. Mogená, H.G. Resultados lejanos del tratamiento medico
de la ulcera gastroduodenal
Rev.clin.espan. 61, 144-148 /1956
122. Monés, F.G. Consideraciones clinicas sobre las terapeu-
ticas medica e quirurgica de la ulcera gastro-
duodenal
Rev.brasil.Gastroenterolog. 6, 733-744 /1954
123. Morin, M.
Graveleau, J.
Lafon, J.
Labet, R.
Pérol, R. A propos des syndromes multicarientiels des
gastronomies pour ulcères
Presse méd. 1798-1801 /1955

124. Mulsow, F.W. Increase in peptic ulcer of the aged
Amer.J.digest.Dis. 16, 383-386/ 1949
125. Nidecker, H.J. Die Spätresultate der Behandlung des Zwölffingerdarmgeschwürs
Schweiz.med.Wschr. 14, 321-326/ 1951
126. Nissen, R. Die chirurgische Behandlung des chronischen Magen- und Duodenalgeschwürs
Dtsch.med.Wschr. 1277/ 1952
127. Norpoth, L. Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Ulcuskrankheit
Dtsch.med.Wschr. 1281/1952
128. Palmer, E.D. Disability following gastric surgery for benign disease, as observed by the internist
Ann.intern.Med. 50, 928-935/ 1959
129. Patel, J.
Nardi, C.
Lataste, J. Apport critique des résultats de 412 gastrectomies
Arch.Mal,Appar.digest. 47, 101-122 / 1958
130. Peddie, G.H.
Jordan, G.L.
Bakey, M.E. De Further studies on the pathogenesis of the postgastrectomy syndrome
Ann.Surg. 146, 892-898 / 1957
131. Pisot, C.
Dubarry, J.J.
Duhamel, J. L'ulcère digestif, maladie à prédisposition héréditaire récessive
J.Génét.humaine (Généve) 6, 320-332 / 1957
132. Póka, L.
Ringelmann, B.
Szabó, L.
Osváth, G. Auswertung der Postresektionsbeschwerden auf Grund klinischer und Laboratoriumsuntersuchungen. Vergleichende Untersuchungen nach B I und B II-Operationen
Bruns' Beitr.klin.Chir. 200, 454-471 /1960
133. Poli, M. Medical aspects in late results of partial gastrectomy for gastric and duodenal ulcer
Gastroenterologia (Basel) 82, 253-269 /1954
134. Pullmann, W. Die "diätetische" Nachbehandlung der Magenoperierten
Dtsch.med.Wschr. 44, 1537/ 1955
135. Pulvertaft, C.N. The results of partial gastrectomy for peptic ulcer
Lancet 225-231 /1952-I
136. Pyrah, L.N.
Smith, I.B. Osteomalacia following gastrectomy
Lancet 935-937 / 1956
137. Rae, J.W.
Allison, R.S. The effect of diet and regular living conditions on the natural history of peptic ulcer
Quart.J.Med., N.S. 22, 439-455 / 1953
138. Rafsky, H.A.
Weingarten, M.
Krieger, C.J. Onset of peptic ulcer in the aged
J.Amer.med.Assoc. 136, 739 / 1948

139. Ramb, H.
Koditek, W. Der Erbllichkeitfaktor beim ulcus ventriculi und duodeni (Ergebnisse einer Umfrage, zugleich Bericht über Ergebnisse interner und operativer Behandlung)
Dtsch.Gesundheitswesen 693-694 / 1949
140. Rautenberg, E.
Sostmann, K. Beurteilung von Folgezuständen nach Magenresektionen in der Invalidenversicherung
Die Medizinische 41-43 / 1957
141. Roth, H.P.
Cogbill, C.L.
Onufrock, H.H. Symptoms and patients adjustment after sub-total gastrectomy
Ann.intern.Med. 51, 23-30 / 1959
142. Sandweiss, D.J.
Meyer, A.
Guttermann The present status of investigations on peptic ulcer
Gastroenterology 9, 335-356 / 1947
143. Seydl, G.
Matzkuitt, G.
Klütz, W. Das Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür nach dem Kriege. Ein statistischer Überblick über 5 Jahre
Ärztl.Wschr. 629-631 / 1955
144. Spang Das Altersulcus am Magen- und Zwölffingerdarm
Thieme Stuttgart 1948
145. Springorum, P.W. Spätergebnisse nach Perforation eines Magen-Duodenalgeschwürs
Bruns' Beitr.klin.Chir. 201, 441-447 / 1960
146. Széll, K. Nachuntersuchung von 643 wegen Geschwürskrankheiten operierten Patienten
Zbl.Chir. 82, 182-194 / 1957
147. Scholefield, G.L.M. Post gastrectomy syndromes
New Zealand Med.J. 53, 39-46 / 1954
148. Schrade, W. Nachkrankheiten nach Magenoperationen
Dtsch.med.Wschr. 1086/ 1952
149. Schrade, W.
Heinecker, R. Über die alimentäre Kollapsneigung der Magenresezierten, I und II
Die Medizinische 43, 79 / 1954
150. Schubert, R.
Peters, H. Das Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür in seinen Beziehungen zum Altern
Dtsch.med.Wschr. 1151-1153 / 1956
151. Schüller, H.
Willems, H. Die Behandlung der akuten Magen-Darmblutung
Die Medizinische 1659/ 1955
152. Stammers, F.A.R. The prognosis of peptic ulcer
Medical press Nr. 6114, 43-49 / 1956
153. Steger, H. Dauerergebnisse konservativer Behandlung bei 656 (bzw. 1227) Fällen von Zwölffingerdarmgeschwür
Gastroenterologia (Basel) 86, 110-118 / 1956

154. Tascher, R. Beitrag zum Problem des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs
Dünnebieber, E. Münch.med.Wschr. 1360-1362 / 1956
155. Trautwein, H. Leberfunktionsstörungen bei Ulkuskrankheit, zugleich ein Beitrag zur funktionellen Leberdiagnostik
Nicolas, R. Z.inn.Med. 8, 136-142 / 1953
156. Tuffenberg, M.J. Zur Frage der Heilwirkung der Ernährung bei Ulcuskranken
Ondarza, v. Dtsch.med.Wschr. 284-286 / 1947
Glatzel, H.
157. Vándorfy, J. .Klinische Beobachtungen über den Einfluß der Ovarialfunktion auf den Verlauf der gastro-duodenalen Geschwürskrankheit
Gastroenterologia (Basel) 93, 294-299 / 1960
158. Vanier, M.J. Ulcère gastro-duodénale et troubles hépatobiliaires
Arch.Mal.Appar.digest. 39, 325-332 / 1950
159. Veleminský, J. Frequency of recurrences in peptic ulcer
Varoš, B. Gastroenterology 33, 968-977 / 1957
160. Wachsmuth, W. Die Operationsindikation bei der massiven Ulkusblutung
Hüner, H. Dtsch.med.Wschr. 560 / 1961
161. Wallensten, S. Die postcibalen Symptome nach Magenresektion wegen Ulcus
Svenska Läk.-Tidn. 56, 569-580 / 1959
162. Walters, W. Six to ten-Year follow-up of the surgical treatment of duodenal, gastric and gastrojejunal ulcer
Gastroenterologia (Basel) 93, 15-26 / 1960
163. Watt, J.K. Late results and protein studies after partial gastrectomy
Walker, R.S. Brit.med.J. 320-322 / 1960-I
Munro, I.J.L.
164. Weinstein, V.A. Incidence, intensity and duration of postgastrectomy symptoms. The postgastrectomy patient
Kass, M. N.Y.St.J.Med. 60, 1773-1777 / 1960
Colp, R.
165. Weir, J.F. Peptic ulcer: a follow-up study after partial gastrectomy
Benett, H.S. Proc.Staff Meet.Mayo Clin. 31, 632-639 / 1956
166. Weiss, S. Peptic ulcer: theory and practice
Espinal, R.B. Rev.Gastroenterol. 16, 336-348 / 1949
Weiss, J.
Cooper, R.L.

167. Weithaler, K.
Cornides, R. Die Rehabilitation der chronisch Magen-
und Leberkranken
Münch.med.Wschr. 1680 / 1957
168. Wells, C.
MacPhee, I.M. Partial gastrectomy: ten years later
Brit.Med.J. 4897, 1128-1132 / 1954
169. Wenckert, A.
Borg, I. Review of medically treated bleeding
gastric and duodenal ulcers
Lindblom, P. Acta chir.scand. 120, 66-78 / 1960
170. Wenderoth, H. Die Erkrankungen des Magens und des Zwölf-
fingerdarms
in: Klinik der Gegenwart, Bd. VIII, 1962
171. Wolf, S.
Wolff, H.G. An experimental study of changes in gastric
function in response to varying life ex-
periences
Rev.Gastroenterol. 14, 419-26-34 / 1947
172. Wortmann, H. Ein Beitrag zu Korrelationen zwischen Magen-
leiden, Leberschäden und anderen Faktoren
Hippokrates 23, 662-664 / 1952
173. Wortmann Einige exogene und endogene Faktoren bei
Magenkranken. Beitrag über 734 Fälle
Münch.med.Wschr. 1510 / 1950
174. Zollinger, R.M.
Watman, R.N. Should all gastric ulcers be treated sur-
gically?
Gastroenterology 35, 521-527 / 1958

L e b e n s l a u f

Als Tochter des Geh. Justizrats Rudolf Zwirnmann in Freyburg/
Unstrut und seiner Ehefrau Emmy, geb. Klein, am 13.2.1925 in
Naumburg an der Saale geboren.

Volksschule von 1931-35 in Freyburg an der U., von 1935-38 das
Luisen-Oberlyzeum in Naumburg. Nach dem Tode meines Vaters
1937 Übersiedelung nach München, dort von 1938-1943 Hermann-
Bezzel-Schule. Infolge einer Scharlacherkrankung am Abitur
nicht teilgenommen; nachgeholt 1947 an der inzwischen umbenan-
nten "Oberschule des Nordens". 1948 Beginn des Studiums:
2 Sem. Jura; 1949-52 Medizinstudium in München.

1952-53 Medizinstudium mit Staatsexamen in Freiburg im Breis-
gau.

1952 Eheschließung mit Michael Peter aus München.

1960 Wiederaufnahme und Abschluß der med. Ausbildung als
Pflichtassistentin im Rot-Kreuz-Krankenhaus II in München
mit der Vollapprobation 1962.

Tätigkeit als Assistentin im selben Jahr.

1963 abschließende Bearbeitung der Dissertation.

1964 Eintritt als wissenschaftliche Mitarbeiterin in den
med.-naturwissenschaftl. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.



